O WYCIĘCIU

KISZKI ŚLEPEJ

WOBEC ZWĘŻENIA RAKOWEGO I BLIZNOWATEGO.

Napisał

WŁAD. MATLAKOWSKI

ORDYNATOR SZPITALA »DZIECIĄTKA JEZUS« W WARSZAWIE.

KRAKÓW.

W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1892.

O WYCIĘCIU
KISZKI ŚLEPEJ

WOBEC ZWĘŻENIA RAKOWEGO I BLIZNOWATEGO.

Napisał

Wład. Matlakowski

ORDYNATOR SZPITALA »DZIECIĄTKA JEZUS« W WARSZAWIE.

KRAKÓW.

W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1892.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ z 1892 r. Nr. 14—27

O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał

Wład. Matlakowski,
Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

Kiszka ślepa w ostatnich latach stała się przedmiotem szczególnéj uwagi chirurgów przez wkluczenie spraw zapalnych tak jéj saméj, jak również wyrostka robaczkowatego w obręb tych cierpień brzusznych, które podlegają skutecznie leczeniu chirurgicznemu. Okoliczność ta, zdaje mi się, wywrze ten skutek, iż przez częstsze i wcześniejsze zwrócenie uwagi na tę okolicę tak ważną we względzie chirurgicznym, lepiéj poznane zostaną inne cierpienia tego organu, które dzisiaj zrzadka tylko stają się przedmiotem zabiegu operacyjnego, pomimo iż odnośne cierpienia bynajmniéj nie należą do rzadkości. Mam tu na myśli raki, a raczéj wogóle biorąc nowotwory kiszki ślepéj, których w ciągu dwóch lat widziałem nie mniéj niż pięć przypadków. Nowotwory kątnicy dotychczas traktowane bywają wspólnie z naroślami innych odcinków kiszki. Zdaje mi się, że dość istnieje względów, aby choroby kiszki ślepéj grupować razem w jeden dział, a w nim na osobną kategoryję zasługują guzy tego organu. Położeniem anatomicznem stale określonem, szczególnym stosunkiem do otrzewny, obecnością zastawki biodrowo-kątniczéj, częstością rozmaitych spraw chorobowych

w tym odcinku kanału kiszkowego, niedalekiem sąsiedztwem z narządami miednicy, na których dokonywane operacyje należą do najczęstszych, jelito ślepe wyróżnia się od innych odcinków kiszki. To jest powód, dla którego w pracy niniejszéj zebrałem wszystkie dostępne mi wycięcia i pokrewne operacyje dokonane na kiszce ślepéj, pomijając nowotwory innych odcinków.

Według zestawienia Leichtensterna, częstość raka w rozmaitych częściach kanału kiszkowego, pomijając kiszkę prostą, przedstawia się w następujący sposób: *flexura sigmoidea* 42, *colon descendens* 11, *colon transversum* i obie *flexurae* 30; *colon adscendens* 6; *coecum*, *processus vermiformis* i *valvula ileocoecalis* 32, jelito cienkie 33 — razem 154 przypadków na 616 przyp. raka kiszki prostéj. Ponieważ kątnica stanowi wcale krótki kawałek kanału kiszkowego, przeto co do częstości raka zajmuje trzecie miejsce. Gdy nadto dodamy, iż jest ona częstem siedliskiem zwężeń bliznowatych i gruźliczych, które częstokroć przedstawiają się klinicznie pod postacią guzów, przyjdziemy do wniosku, iż operacyje na tym odcinku jelita nie powinny należeć do rzadkości. W rzeczywistości rzecz ma się nieco inaczéj, a przyczyną tego jest, iż choroby kiszki ślepéj, o których tu mowa, nie są dostatecznie znane lekarzom; w początkowych okresach, choć już istnieją wyraźne objawy, przypadłości kładzie się na karb zaburzeń kanału pokarmowego i leczy wodami, elektrycznością i środkami farmaceutycznemi, w okresach późniejszych, gdy nietylko lekarz, nawet przy powierzchownem badaniu, ale nawet niekiedy i sam chory odnajduje guz, natura jego i punkt wyjścia błędnie się oznacza, przyczem najrzadziéj bierze się pod uwagę kiszkę ślepą. — Jeśli to bywa u kobiety, przedewszystkiem ma się na myśli jajnik lub macicę, jeżeli u mężczyzny wątrobę, pęcherzyk żółciowy, nerkę, sieć, na ostatku, zwłaszcza jeśli brak, jak to nierzadko zdarza się, grubych objawów kiszkowych, przychodzi na myśl kątnica.

O ile trudnem może być rozpoznanie punktu wyjścia guza, biorącego początek z obu krzywizn (*flexura hepatica*

et lienalis) oraz z poprzecznicy, z powodu albo głębokiego położenia pod wątrobą i śledzioną, albo zrostów i zamaskowanych stosunków i przypadłości ze strony nerek, wątroby, pęcherzyka żółciowego, a zwłaszcza żołądka, o tyle w większości przypadków rozpoznanie guzów kiszki ślepéj nie przedstawia w pewnym przynajmniéj okresie żadnych trudności. — Guz zajmuje okolicę dołu biodrowego prawego, a jeśli osobnik nie jest zbyt otyły i nie ma rozdęcia kiszek, widać go czasami okiem i wyczuć można wybornie palcami; jest on twardy, nierówny i znacznie przesuwalny we wszystkie strony, więcéj na prawo i na lewo, mniéj ku górze i dołowi, a u osobników z wiotką ścianą brzuszną (co się nierzadko zdarza w późniejszych okresach) guz daje się objąć palcami i odsuwać od tylnéj ściany brzusznéj. Guz pozostawiony sobie samemu zajmuje rzec można charakterystyczne dla kątnicy położenie: guzy jajnika téj wielkości, z wyjątkiem nadzwyczajnych torbieli przyrosłych lub zaotrzewnowych, leżą w miednicy małéj, zatem znacznie niżéj, guzy nerki, pęcherzyka żółciowego leżą wyżéj, pierwsze rozciągają się do okolicy lędźwiowéj i dopiero z biegiem czasu opuścić się mogą ztamtąd do dołu biodrowego. Raki części odźwierniczéj przy znacznem rozszerzeniu żołądka mogą się opuszczać tutaj; w jednym przypadku przy próżnym żołądku z nadzwyczajną łatwością mogłem zepchnąć do prawego więzu Pouparta guz odźwiernika, lecz pozostawiony sobie zajmował miejsce w nadbrzuszu. Guzy pierwotne sieci rzeczywiście mogą przedstawiać się niemal identycznie jak guzy k. ślepéj, lecz nie mówiąc już o przypadłościach, nie należy zapominać, jak to słusznie podnosi Koenig[1]), że guzy sieci należą do wielkich rzadkości w porównaniu z kątnicą, która posiadając nabłonek przedewszystkiem może być punktem wyjścia raka téj okolicy. Nadewszystko zbijać z właściwego tropu nie powinna ruchomość i znaczna przesuwalność guza; kątnica w zupełności obleczona jest otrzewną tak, jak serce

---

[1]) *Die Operationen am Darm bei Geschwulsten. Arch. für klin. Chir.* T. 40, str. 908.

osierdziem, i dokoła jak to ostatnie można ją obejść palcami. Fakt ten oddawna doskonale znany w Niemczech nietylko w znamienitych podręcznikach anatomii jak Henlego, lecz i klinicystom (n. p. Leube[1]); we Francyi i w Anglii stał się powszechniéj znanym od czasu prac Tuffiera[2]) i Trevesa[3]). To umieszczenie kiszki między listkami otrzewny a nie po za nią pozwala na znaczne ruchy organu, który w razie rozwoju w nim ciężkiego guza, nabywa jeszcze większéj ruchomości. Jeśli do tego dodać, iż w wyjątkowych razach nawet *colon adsc.* posiada własne *mesocolon*, znaczna nawet przesuwalność guza zdziwić nikogo nie powinna. Zachowuje się ona przez bardzo długi czas trwania choroby, nawet gdy zostaną zajęte najbliższe gruczoły chłonne, dlatego, że pierwszy posterunek gruczołów limfatycznych kiszki ślepéj leży w saméj ścianie pod otrzewną, a dalsze dopiero znajdują się w kresce i poza otrzewną. Ruchomość guza jest zaznaczoną w ogromnéj większości przypadków zebranych przezemnie, ponieważ zaś przypuścić wolno, iż chorzy z rakiem kiszki byli badani i operowani w rozmaitym czasie od chwili rozpoczęcia się nowotworu, przeto ruchomość rzeczywiście zachowuje się bardzo długo. Z czasem następują zrosty z sąsiedniemi pętlicami, z siecią, z poprzecznicą, które wraz ze zwyrodnieniem rakowatem kiszki, ze skurczeniem się samej k. ślepéj, wywołują znaczne ograniczenie ruchów, póki nakoniec guz nie zostanie zupełnie unieruchomiony przez zrosty z powięzią dołu biodrowego lub ze ścianą brzuszną. W tym ostatnim przypadku przy niedokładnem badaniu sprawa mogłaby być poczytaną za cierpienie ściany brzusznéj, chociaż anamneza, objawy czynnościowe i poważny ogólny stan chorego aż nadto dają rękojmię przeciw podobnéj pomyłce, mogącéj pociągnąć za sobą w razie operacyi niemiłe dla operatora i chorego następstwa.

---

[1]) *Die Krankheiten desMagens und Darms.* 2 wydanie str. 241. — [2]) *Etude sur lecoecum et les hernies. Archives Générales de Médecine.* 1887. str. 641. — [3]) *British med. Journal. February.* 1887.

Mogą jednakowoż zdarzyć się wyjątkowe trudności, które są w stanie uniemożliwić prawdziwe rozpoznanie nawet najbieglejszemu klinicyście. Czerny[1]) opisał przypadek gruźliczego cierpienia kiszki ślepéj, w którym oprócz guza twardego, gładkiego, kształtu nerki, przesuwalnego, były napady boleści w brzuchu i pęcherzu, z brakiem tchu i znacznem osłabieniem, oraz białkiem i krwią w moczu, co skłoniło do rozpoznania nerki ruchoméj i wykonania nawet nefrorafii; przyczem autor ten dodaje: „jak łatwo wpochwienie kątnicze lub guz kiszki ślepéj przez swój kształt imponować może jako nerka wędrująca, wypływa choćby ztąd, że przedtem już dwakroć zdarzyła się mi podobna pomyłka". Taką samą pomyłkę zaznacza Sacré w przypadku operowanym przez Jacobsa. Michaux[2]) przedstawiał w Towarzystwie chirurgicznem paryskiem guz kiszki ślepéj, który rozpoznano jako nowotwór złośliwy powrózka nasiennego i dopiero podczas operacyi spostrzeżono pomyłkę.

Objawy czynnościowe zwężeń rakowatéj i bliznowatéj natury są tak szczegółowo rozebrane zarówno w podręcznikach chorób wewnętrznych i chirurgicznych, jak i w monografijach np. Trevesa, że to mnie uwalnia od bliższego ich rozbioru tutaj. Natomiast na podstawie dwóch swoich przypadków chcę zwrócić uwagę na początek choroby. Właściwie mówiąc nie mamy najsłabszego nawet wyobrażenia o początkowych okresach raka kiszki ślepéj, jak raka kiszki wogóle. Jeżeli wnosić wolno jest z pewnych objawów chorobowych w przypadkach, w których w następstwie stwierdzono raka, w takim razie przyjść musimy do przekonania, że w pewnych przynajmniej razach r a k k i s z k i p r o s t e j t r w a ć m o ż e c a ł e l a t a, zanim przejawi się w całéj pełni swych złośliwych własności. Na okoliczność tę kładzie nacisk Koenig, moje zaś dwa spostrzeżenia najzupełniej to potwierdzają: w jednym chory trzy lata cierpiał na zaparcie stolca,

---

[1]) *Ueber chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberculose. Beitraege zur klin. Chirurgie.* T. VI. str. 77. — [2]) *Revue de Chirurgie* 1889.

zanim wystąpiły typowe przypadłości rakowego zwężenia. Możnaby słusznie zapytać się, czy mamy prawo w tych razach początek nowotworu odnosić do początku owego zaparcia, gdyby nie przypadki podobne mojemu wtóremu, w którym nietylko zaparcie stolca lecz i guz istniał siedm lat, i był poczytywany za nagromadzenie kału, zanim przyszedł charakterystyczny zbiór dolegliwości (*complexus symptomatum*), właściwych zwężeniu kiszki. Tutaj już wątpliwości nie ulega żadnéj, iż co najmniej tyleż lat istniał nowotwór złośliwy, prawdopodobnie jako guz zajmujący część ściany kiszkowéj, i jako taki nie zawadzający krążeniu zawartości jelita; dopiero, gdy nowotwór otoczy kiszkę w kształcie pierścienia występują objawy zwężenia. Nie sama przecież forma nowotworu wpływa na wcześniejsze lub późniejsze pojawienie się tych objawów; doniosłe w tym względzie znaczenie ma punkt wyjścia nowotworu, który inaczej zachowywać się będzie względem sprawności kiszki, gdy powstanie z zastawki Bauhina, a inaczej gdy punktem wyjścia był otwór prowadzący do wyrostka robaczkowatego; w tym ostatnim przypadku nowotwór może doróść znacznych rozmiarów nie tamując, ani przeszkadzając przesuwania się kału. — Wreszcie wpływa tu jeszcze jeden czynnik, a tym jest szybszy lub wolniejszy wzrost samego raka, co do którego znaczne zachodzą różnice, podobnie jak w raku innych dostępnych dla oka organów. Jeżeli rozpad części wystających do światła jelita bierze górę nad sprawą ściągania się (*Schrumpfung*), wtedy nawet w raku otaczającym pierścieniowato światło kiszki nie dojdzie do zwężenia jelita i brakować może całe życie objawów tak typowych dla zmniejszenia światła kiszkowego. Ten zupełny brak objawów funkcyjonalnych ze strony kanału kiszkowego był powodem, że w drugim przypadku swoim nie byłem wstanie napewno rozpoznać, zkąd wyszedł nowotwór. Chory inteligentny i wykształcony człowiek jasno opowiada, że prócz boleści w samym guzie nic mu nie dokucza; nie ma on ani odbijania, czkawki, wymiotów, ani kruczenia w brzuchu, napadami zjawiających się ruchów robaczko-

wych (*Peristaltische Unruhe*), ani kolki, lub gniecenia, ani rozwolnień przerywanych upartem zatwardzeniem; nigdy też nie widział w wypróżnieniach krwi, śluzu, ropy lub innej niezwykłej domieszki. Opieszały stolec i słabe łaknienie oto jedyne przypadłości, które go wcale nie dziwiły, przywykł bowiem do nich od lat wielu. Taki sam brak objawów ze strony kiszki znajdujemy u jednego z chorych Billrotha.

Na jeden punkt chce jeszcze zwrócić uwagę, a mianowicie, że przy opukiwaniu ponad guzem, pomimo, że wydaje się bardzo twardym, i przy starannem macaniu nie można odkryć uginania się ściany zwyrodnionéj kiszki, otrzymuje się jednakowoż odgłos nie tępy, lecz tympaniczny stłumiony; tak było w moich obu przypadkach, a to samo zanotowano w 2 spostrzeżeniach Czernego, Hofmokla. Na ten objaw należy zwrócić pilną uwagę, gdyż stwierdziwszy go ze wszelkiemi ostrożnościami (wykluczenie interpozycyi kiszki, lekkie opukiwanie i tylko ponad środkową, najbardziéj wypukłą częścią guza) ma się ważny dowód na korzyść kiszkowego pochodzenia guza, gdyż nowotwory z nerki, sieci lub pęcherzyka żółciowego wychodzące dają zawsze przy opukiwaniu odgłos tępy.

Guz przy najstaranniejszem nawet macaniu dla poważnéj większości klinicystów przedstawił się jako okrągły, nierówny; okoliczność ta tłomaczy się tem, że przez ścianę brzuszną choćby cienką nie podobna jest wymacać ani *colon adsc.*, które zazwyczaj jest puste, sklapnięte i posiada ścianę na pół zanikłą, ani téż kiszki biodrowéj, któréj punkt wejścia w guz jest głęboko położony i niedostępny dla śledzenia.

Rak rozrastać się może bardzo długo, całe lata, może uledz rozpadowi, a mimo to jeszcze jest odziany błoną surowiczą i mięsną ściany kiszkowéj, która otacza go na kształt torby (*capsula*); dopiero w późnych okresach w niektórych przypadkach ta naturalna baryjera zostaje zniszczoną; następuje przyrośnięcie do otaczających części, a między niemi i do ściany brzusznéj; od światła kiszki w owrzodzenia i kanały wchodzi kał, pod wpływem którego przyjść

może do względnie ostréj sprawy zapalnéj, do flegmony, utworzenia się przetoki kałowéj w ścianie brzusznéj (*przyp. Kraussolda*). W przypadku Thierscha lekarz sądząc, że ma do czynienia ze zwykłą flegmoną, zrobił cięcie i przyspieszył powstanie przetoki. W naszym drugim przypadku to ropienie i zapalenie rozlane do około ropnia było powodem owego żywego bólu, jaki choremu zaczął odtąd dokuczać. Niekiedy, jak w przypadku Czernego, owrzodzenie i ropienie szerzy się głównie ku tyłowi w kierunku powięzi dołu biodrowego, wytwarzając tam ropnie (*abscessus*), niemiłe powikłanie przy wycięciu guza. To wreszcie tworzą się przetoki pomiędzy k. ślepą i sąsiedniemi pętlicami zwłaszcza z poprzecznicą. Przy takich zmianach guz przestaje być okrągłym, obrysy jego stają się niewyraźne, zlewając się z nacieczeniem zapalnem.

Jeżeli na podstawie ściśle zebranéj anamnezy, rozbioru objawów czynnościowych i danych przedmiotowych w większości przypadków możemy dojść do niewątpliwego rozpoznania punktu wyjścia guza, to w daleko mniejszym stopniu powiedzieć to można o możności rozróżnienia rozmaitych przewlekłych chorób kiszki ślepéj, prowadzących do wytworzenia się guza, stanowiącego charakterystyczny objaw kliniczny. Zarówno rak, jak i gruźlica, a nawet proste zwężenie bliznowate (przyp. Maydla) mogą dawać niemal identyczny obraz chorobowy; okoliczność ta tłumaczy z jednéj strony szereg pomyłek rozpoznawczych, z drugiéj zupełnie uzasadnione z punktu klinicznego łączenia tych tak różnorodnych spraw anatomo patologicznych, jak to zrobił Koenig w pracy przytoczonéj wyżéj. Czerny, Durante rozpoznają raka, tymczasem badanie wykazuje gruźlicę; Maydl rozpoznaje również raka, po wycięciu okazuje się zwyczajne zwężenie bliznowate.

Nie zapuszczając się w dłuższe roztrząsanie co do możliwości rozróżnienia raka i gruźlicy kiszki ślepéj, to tylko powiedzieć można w ogóle, iż jedyną podstawę dać może anamneza i zbadanie troskliwe innych narządów, a zwłaszcza płuc, kości i gruczołów chłonnych, będących częstem

siedliskiem gruźlicy. Jeśli chory pochodzi z rodziny gruźliczéj, przedstawia zmiany w wymienionych lub innych organach, rozpoznanie gruźliczéj natury guza jest prawdopodobne; na téj podstawie trafnie rozpoznał Gussenbauer w drugim swoim przypadku.

Nader ostrożnym być należy z rozpoznaniem bliznowatéj czysto natury, które orzec można dopiero na podstawie bardzo starannego badania histologicznego. Ciekawym w tym względzie i pouczającym jest przypadek Bartona, który po otwarciu brzucha wspólnie z kolegami uznał, iż ma do czynienia z bliznowatem zwężeniem i z téj przyczyny ograniczył się do prostego rozszerzenia światła kiszki; chora przez pół roku miała się dobrze, lecz potem wróciły objawy zwężenia a po uskutecznionem wycięciu znaleziono raka zastawki Bauhina. W jednym przypadku zwężenia okrężnicy zstępującej, przedstawiającego się od strony surowiczéj w postaci rowka otaczającego światło kiszki, jak gdyby po podwiązaniu jéj nicią, makroskopijne badanie pozwalało niemal zupełnie wykluczyć nowotwór; dopiero troskliwe, setki skrawków obejmujące badanie drobnowidowe, dokonane przez prof. Brodowskiego wykazało, że jednakowoż było to zwężenie rakowatéj natury, tylko że prawie cała warstwa rakowata uległa rozpadowi, ustępując miejsca bliznowatemu ściągnięciu się kiszki.

Zaledwie trzeba dodawać, iż między czystem bliznowatem zwężeniem a gruźliczem rozstrzygać może jedynie drobnowid. Czysto bliznowate zwężenia kiszki istnieją i są następstwem owrzodzeń tyfusowych, dysenterycznych lub nieżytowych błony śluzowéj, albo też zjawiają się jako zejście w ciężkich i przewlekłych ropieniach okołokątniczych; w porównaniu jednak ze zwężeniami rakowemi i gruźliczemi zdarzają się znacznie rzadziéj; tu należałby przypadek Trombetty, gdyby badanie drobnowidowe było dokonane i wykluczyło gruźlicę, o czem nie znalazłem wzmianki.

Przechodząc do operacyjnego leczenia zwężeń kątnicy, a zwłaszcza do wycięcia, które stanowi główny przedmiot niniejszéj pracy, nadmienić muszę, że zebrałem wszystkie przypadki, o jakich znalazłem daty w dostępnéj mi literaturze.

Z żalem przyznaję, iż nie mogłem korzystać z doświadczenia najrozleglejszego w tym przedmiocie Billrotha[1]), który wedle sprawozdania podanego na Zjeździe międzynarodowym w Berlinie sam jeden wykonał ni mniéj ni więcéj, tylko 24 razy wycięcie kiszki ślepéj, t. j. prawie tyle, co wszyscy inni operatorowie razem wzięci. Daléj znalazłem wzmiankę[2]), iż Czerny robił trzykrotnie wycięcie téjże kiszki z powodu raka, lecz o jednym tylko przypadku miałem bliższe szczegóły, który wszedł do mojego zestawienia, podobnie jak dwa Billrothowe. Wreszcie napotkałem króciutkie wzmianki, które ograniczały się do tego, że Michaux przedstawiał w Towarzystwie chirurgicznem w Paryżu *epithelioma cylindricum* kątnicy, rozpoznane jako złośliwy guz powrózka nasiennego, oraz że Rosenberg[3]) przedstawiał w Towarzystwie fizyczno-lekarskiem w Würzburgu nowotwór k. ślepéj, usunięty zapomocą resekcyi, uwieńczonéj wyzdrowieniem. Wyszukane przez siebie przypadki podaję tu w streszczeniach, zawierających najistotniejsze szczegóły:

a) *Resectio coeci* dla raków i innych nowotworów.

Przypadek 1. H. Kraussold: *Carcinoma coeci, resectio; enterorhaphia.* (*Centralblatt f. Chir.* 1881. str. 186) 62 l. mężczyzna za przyczynę cierpienia podawał uderzenie kamieniem w prawą pachwinę przed 6 laty; od 13 miesięcy podwójna przetoka kałowa; guz wielkości pięści. Cięcie jak do podwiązania *A. iliaca ext.* Po odłuszczeniu zrostów odziedzy[4]) (*omentum*) oddzielił K. kiszkę do- i odprowadzającą, ujął w kleszcze do szypuł jajnikowych owinięte w miękki filc koniec doprowadzający i odciął go; poczem oddzielił guz od części otaczających, co było dość trudnem z powodu zrostów z wielkiemi naczyniami, wreszcie odciął kiszkę odprowadzadzającą. Po wycięciu trojkątnego odcinka kreski spojono końce kiszki szwem Lemberta z dodaniem 4 na krzyż zawiązanych szwów. Dopasowanie kiszek nie przedstawiało trudności, gdyż kiszka cienka bardzo była rozszerzoną od dłu-

---

[1]) Sprawozdanie w *Revue de Chirurgie.* 1890 str. 833. — [2]) *Ueber Magen- u. Darmresection. Deutsche Med. Woch.* Nr. 45. — [3]) *Jahresbericht* Virchowa i Hirscha za 1889 r., str. 527.

[4]) Staropolski wyraz, użyty przez Wujka kilkakrotnie w tłumaczeniu Pięcioksięgu.

gotrwałego zastoju kału. Po wyskrobaniu przetoki, zaszył jamę w ścianie brzusznéj. Śmierć w 2 godziny po operacyi; przy autopsyi okazało się, że oprócz gruczołka rakowatego w kresce istniał już mały przerzutowy guzik w prawym płacie wątroby.

Przypadek 2. Thiersch-Beger A.: *Ein Fall von Krebs des Wurmforsatzes.* (*Berliner klin. Woch.* 1882 str. 616). 47 l. kupiec; przed $3^1/_2$ laty zauważył guz („Beule") w prawej okolicy pachwinowéj; gdy obrzmienie powiększało się, a skóra nad niem zaczerwieniła, leczący go lekarz przeciął i wypuścił z litr ropy, poczem pozostała przetoka. Chory nigdy nie cierpiał na zaparcie i stolec miał prawidłowy. W dniu przyjęcia do kliniki Thierscha (d. 30 V. 1882) znaleziono: chory wychudły i blady; nie gorączkuje, brzuch miękki, ponad prawym więzem Pouparta guz wielkości pięści, owrzodzony, z kraterowatem kanałem w środku, przesuwalny wraz ze skórą; palec przez ów krater wchodzi po przejściu ciasnego miejsca do jamy. Ku dołowi od guza gruczoły chłonne zwyrodnione z przetokami. Badanie kawałka wyciętego z guza wykazało *adenocarcinoma* kiszki. 18/VII skoro się stan chorego poprawił przystąpiono do operacyi. Cięcie ponad guzem; do pewnego punktu udaje się guz odseparować, nie otwierając otrzewnéj, poczem wyczuwa się sznurek (wyrostek robaczkowy) grubości palca, idący od guza do jamy otrzewnéj. Otwarcie téj ostatniéj, wydobycie bardzo swobodnego *ceocum* i *ileum* na zewnątrz. Podwiązanie, przecięcie i przypalenie wyrostka robaczkowego, wyłuszczenie guza ze ściany brzusznéj wraz z gruczołami chłonnemi pachwiny; ta część operacyi trudna z powodu sąsiedztwa powrózka nasiennego i wielkich naczyń. Po nałożeniu na *ileum* i na *colon asc.* korncangów, uzbrojonych w rurki kauczukowe, wycięto zewnętrzną część *coeci*, mianowicie miejsce, gdzie zwyrodniony wyrostek robaczkowy wystaje do światła k. ślepéj. Zastawka *ileocoecalis* pozostała nietknięta. Brzegi rany w *coecum* połączono szwem Lemberta jedwabiem; zaszycie rany w *mesenterium*, zdjęcie korncangów, wpuszczenie kiszki do jamy otrzewnéj, zamknięcie jamy otrzewnéj jedwabnemi szwami, rana w ścianie brzusznéj z powodu obszerności nie mogła być zaszytą. Na drugi dzień chory zmarł z zapalenia otrzewnéj.

Przypadek 3. Maydl: *Carcinoma coeci*; *resectio*; *anus praeternaturalis*; *resectio intestini*; *enterorrhaphia*; *sanatio.* (*Ein Beitrag zur Darmchirugie. Wien. Med. Presse* 1883 3/IV. str. 438). 54 l. właściciel fabryki powozów z Moraw, od 8 mies. zaburzenia w oddawaniu stolców: rozwolnienia

i zaparcia; bóle w krzyżu; od 4 mies. guz w prawéj pachwinie nadto trudność przy oddawaniu moczu. Zółtawe zabarwienie skóry, podupadłe odżywianie; guz na wysokości *spin. ant. sup.* wielkości pięści nieco przesuwalny z góry na dół i nieco na bok, od guza idzie szereg guziczków do miednicy małej. 20/VII1 1882 na brzegu zewn. cięcie *m. recti*; przez ranę nie można wyciągnąć guza w zupełności; podwiązka elastyczna na *ileum* i druga na *colon adsc*; podwiązanie i obcięcie sieci przyrosłéj do guza, owe wyczuwane guziczki były to pestki od wiśni w kiszce cienkiéj; podwiązanie jedwabiem kiszki od strony guza i przecięcie *ilei* między tą podwiązką i ową podwiązką elastyczną; podwiązanie *mesenterium ilei* oraz listków *mesocoli*, wreszcie odcięcie *coli adscendentis* zdaleka od guza; nadto wycięcie 4 gruczołków z kiszki. Końce kiszek dają się dobrze zbliżyć, a światła są równe z powodu rozszerzenia cienkiéj i zaniku grubéj kiszki. *Anus praeternatur.* przyszycie końców jelit w części do siebie, w części do ściany brzucha. Przebieg dobry, po 10 dniach chory opuszcza klinikę. 22/X 1882 otwarcie jamy brzusznéj, obcięcie z obu końców kiszki po 5—6 cm., zeszycie obu końców ze sobą dwupiętrowym szwem, zaszycie jamy brzusznéj. Przebieg lekko gorączkowy (38·6 p. 120) w 3 dni otwarto górny kąt rany, ztąd wypuszczono śmierdzący płyn. 26/X pierwsze wypróżnienie płynne. 29/X. kał z rany. 16/XI chory opuścił klinikę z przetoką, któréj nie operowano z powodu, że przy enterorafii znaleziono na błonie surowiczéj i w kresce kiszki cienkiéj guziki wielkości prosa (*regeneratio*).

Przypadek 4. Czerny: *Carcinoma colloideum coeci*; *resectio coeci, partis coli transversi, et duodeni*; *mors e collapsu* (głos Heucka na zjeździe Chirurgów niemieckich w 1883 r. *Ctblat f. Chir.* 1883. str. 45. *Bericht über die Verhandlungen*). W przypadku tym Czerny znalazł połączenie świateł między kiszką ślepą i dwunastnicą, obszerne zrosty z siecią, wątrobą i nerką; wycięto oprócz kiszki ślepéj część poprzecznicy i dwunastnicy; operacyja trwała 4 godziny i skończyła się śmiercią z utraty sił.

Przypadek 5. Billroth: Hauer *Carcinoma coeci*; *resectio*; *enterorrhaphia*; *mors.* (*Prager Zeitschrift für Heilkunde.* Streszczone u Michelsa: *Zur Casuistik der Darm-Resection.*) Chory 56 l. zauważył guz na 6 tygodni przed operacyją; guz ten szybko się powiększał tak, że doszedł wielkości jaja gęsiego, był twardy, nieruchomy i niesprawiał żadnych zaburzeń w trawieniu. 20/VIII 1881 cięcie od pępka do środka prawego więzu Pouparta; już śród przecinania

warstw mięsnych zauważono w nich nacieczenie rakowe. Po odseparowaniu guza, podwiązano i obcięto przyrosłą odziedzę, a nowotwór wraz z częścią *ilei* i *coecum* wycięto. Zmniejszywszy światło *coli adscendentis* przez wycięcie klina (*Zwickelbildung*) przyszyto je do *ileum* 19 szwami Lemberta. 4 dnia po operacyi wymioty, wzdęcie brzucha, wreszcie wymioty kałowe; otworzono ranę, i zrobiono sztuczną rzyć, pomimo to chory zmarł siódmego dnia po operacyi; sekcyi nie dozwolono.

Przypadek 6. Billroth-Hauer: *Carcinoma coeci, resectio*; (*Prager Zeitschrift f. Heilkunde.* 1884. streszczone według Michelsa: *Zur Casuistik der Darm Resection*). 55 l. mężczyzna, zauważył przed 3 miesiącami w prawem podżebrzu guz twardy, ruchomy; uporczywe rozwolnienie; wyniszczenie; guz w chwili operacyi doszedł do wielkości jabłka. 23/III 1884 cięcie na brzegu zewnętrznym *m. recti* 18 cm. długie; oddzielenie sieci żegadłem Pacquelina; po związaniu kiszki powyżéj i poniżéj miejsca przecięcia paskami gazy jodoformowéj wycięto *coecum* i część *ilei*, poczem przez wycięcie klina, (*Zwickelbildung*) dopasowano światło *ilei* do *colon adsc.*, zeszyto końce kiszek i zamknięto ranę w ścianie brzusznéj; przez pierwsze pięć dni chory dostawał obfite wlewania wody, 6 dnia nastąpiło pierwsze wypróżnienie; 10 dnia zdjęto szwy; wyzdrowienie bardzo szybkie.

Przypadek 7. Whitehead: *Carcinoma coeci*; *anus praeternaturalis* (*Excision of the coecum for epithelioma; death on the thirteenth day. Brit. Med. Journal.* 24 Jan. str. 171). 38 l. woźnica. Od 18 tygodni ból w prawéj okolicy lędźwiowéj, rozwolnienie; przed 8 tyg. chory wymacał sobie guzik wielkości orzecha, twardy, przesuwalny, niebolesny przy ucisku; nigdy nie było krwi lub śluzu w wypróżnieniach. Chory zaczął szybko chudnąć, guz szybko rósł; napady bolów coraz częstsze i mocniejsze. W chwili przyjęcia do szpitala w Manchester 24/X 1884 znaleziono guz 4$^1/_2$ cala wzdłuż, 3 wszerz i 3 na grubość, przesuwalny w całéj prawéj polowie brzucha, twardy i zrazowaty; peryjodyczne napady kolki. Cięcie na zewnętrznym brzegu *m. recti*; wydobycie guza przez ranę; podwójna podwiązka katgutowa naokolo *colon adsc.* i takaż na *ileum*, poczem przecięto te jelita między podwiązkami; przy wyłuszczeniu jednego gruczołka z kiszki obfity krwotok żylny; odcięcie kiszki od kreski po uprzedniem podwiązaniu téj ostatniéj; wszycie kiszki cienkiéj w dolnym, grubéj w górnym koncu rany; zaszycie pozostałéj części rany brzusznéj. Operacyja trwała 2 godziny. 13 dnia po operacyi

chory zmarł z zapalenia otrzewnéj; przy sekcyi znaleziono znaczny zbiornik ropy w dole biodrowym prawym pod otrzewną (*outside the peritoneum*). W wątrobie i inych narządach nie znaleziono wtórnych guziczków. Część wycięta obejmowała odcinek *ilei, coecum, proc. vermiformis* i *colon adsc.*; cały kawałek na długość miał 14 cali od otworu *ileocoecalis* do powierzchni cięcia *coli adsc.* 9½ cali.

Przypadek 8. Sydney Jones: *Carcinoma coli ascendentis et transversi; resectio; enterorrhaphia; mors e peritonitide* (*A case of resection of the large intestine for scirrhous growth. Lancet Jan.* 10 1885). 54 l. kobieta uczuła ból w prawéj połowie brzucha; przed sześciu miesiącami, a na cztery miesiące przed przybyciem do szpitala zauważyła obrzmienie, które od téj pory rosło; utrata łaknienia, wychudnięcie; zaparcia; wypróżnienia ciemne. Na wysokości *spina ant. sup. dextra* guz twardy mający w średnicy 2½ cała, nieprawidłowego kształtu, bolesny przy dotykaniu i nierówny, przesuwalny z boku na bok; inne narządy zdrowe. D. 23/V po znieczuleniu choréj eterem, otworzono brzuch cięciem z góry na dół ponad guzem, poczem operowano pod sprayem. Nowotwór zajmował górną część *coli asc.* i część *coli trans.*, które postanowiono wyciąć wraz z kiszką ślepą. Podwiązanie kiszki i sieci jedwabiem, zaciśnięcie kiszki kleszczami, obciągniętemi rurką kauczukową, wycięcie kiszki, przyszycie jednego końca do drugiego, najprzód szwami jedwabnemi przenikającemi całą grubość ściany; potem rzędem szwów, zajmujących tylko błonę surowiczą; jednym takim szwem przymocowano kiszkę do ściany brzusznéj w okolicy rany. Górną i dolną część rany brzusznéj zaszyto, środkową pozostawiono otworem, przez którą wprowadzono gazę jodoformową. Chora zmarła w trzy doby po operacyi d. 26/V śród objawów podniesionéj ciepłoty, przy tętnie do 134, suchym języku i bólu w boku. Przy autopsyi znaleziono naciecczenie ropą kreski w okolicy zeszytéj kiszki; przy mocniejszem ciśnieniu woda, wstrzykiwana do kiszki, przesiąkała przez liniję szwu w punkcie połączenia jelita z kreską. W narządach wewnętrznych, o ile się zdaje, wtórnego raka nie znaleziono; o wątrobie i gruczołach zaotrzewnowych nie ma wyraźnéj wzmianki, w ogóle tylko powiedziano, że organy wewnętrzne były zdrowe.

Przypadek 9. Hofmokl: (*Ueber einen Fall von geheilter Darmresektion Wien. Med. Presse* 1885 str. 746). 24 l. kobieta, ból od roku, od tygodnia zauważyła guz. Bóle coraz częstsze i wymioty; biegunka. Guz wielkości pomarańczy wi-

doczny i wymacalny, ruchomy, gładki, bolesny przy nacisku, dający odgłos stłumiony tympaniczny. Rozpozn: nowotwór k. ślepéj lub sieci. Operacyja: po przeczyszczeniu dobrem, cięcie na zewnątrz od *m. rect. abd. dext.*, guz wyciągnięto i wycięto; kiszki wycięto na długość 23 cm. (10 grubéj, 13 cienkiéj) oraz część odziedzy. Końce zaszyto szwem Lemberta. Z powodu nierówności świateł wycięto klin z kiszki grubéj, a k. cienką przecięto w ukos. Badanie drobnowidowe wykazało *adenocarcinoma coeci.* Po operacyi *collapsus* lekkiego stopnia i wymioty, lekka gorączka; przez dren krwista wydzielina, 5 dnia dobrowolne wypróżnienie; rana z wyjątkiem kanału drenu zagoiła się *per primam.*

Przypadek 10. v. Bergmann: *Carcinoma coeci*; *resectio*; *enterorrhaphia*; *sanatio.* (Michels: *Zur Casuistik der Darm-Resection wegen maligner Tumoren. Inaug. Dissertation.*, 1885) 35 l. ślusarz z Berlina; ojciec zmarł z raka żołądka; od roku boleści w dolnéj części brzucha, od $^1/_2$ roku guzik na kilka palców ponad więzem Pouparta; wreszcie coraz trudniejsze oddawanie stolca. Przy przyjęciu do kliniki 9/XII 1884 znaleziono stan ogólny niezbyt zły; w prawym dole biodrowym guz wielkości pięści chłopca, jajowaty przesuwalny, z boku na bok i w górę do pępka; twardy bolesny przy dotykaniu. 13/XII operacyja; cięcie na zewn. brzegu *m. recti dextri*; wydobycie jelit z guzem przez ranę; ponad i pod guzem nałożono w odległości 4 cm. kleszcze kiszkowe, składające się z jednéj pałeczki stalowéj i drugiéj fiszbinowéj, obciągniętych rurką kauczukową; odcięcie części między kleszczami; odcięcie od tyłu trudne i żmudne, przytem wycięto duży odcinek *mesenterii* wraz z licznemi gruczołami chłonnemi rakowato zwyrodnionemi; te ostatnie wszerz zajmowały większy odcinek kreski, niż wycięta część kiszki, i z tego powodu musiano z téj ostatniéj obciąć jeszcze po 4 cm. z obu końców. Szew Lemberta; *ileum* ścięto w ukos, a różnicę świateł wyrównano przez utworzone fałdy (*Zwickelbildung)*; wpuszczenie kiszki do brzucha, zaszycie rany w ścianie brzusznéj. Wycięty guz okazał się owrzodzonym, twardym rakiem; wycięta część mierzyła na długość 25 cm. Przebieg wyborny, bez gorączki, z nieznacznemi wymiotami po operacyi; na drugi dzień wolny stolec z krwią; rana zagoiła się o ile sądzić można z opisu *per primam.* 44 dnia po operacyi chory opuścił klinikę zdrów. Szybka poprawa; w dwa miesiące przybyło choremu 10 kilo na wadze. W 6 miesięcy po operacyi zupełnie zdrów, stolec prawidłowy.

Przypadek 11. Riedel (*Zur operativen Behandlung der Dickdarmcarcinome. Deutsche Med. Wochens.* 1886 str. 252). 51 l. męż. na dwa lata przed operacyją zaburzenia w oddawaniu kału, rozwolnienia i zaparcia; w pół roku potem zauważył guz. R. widział chorego w 1883 r. w świetnym stanie i zaproponował operacyję lecz chory się nie zgodził, poczem inny lekarz bałamutnie leczył go na przymiot. W bardzo wyniszczonym stanie zgłosił się do R. w dwa lata później; guz wielkości dwóch pięści, mniej ruchomy niż przedtem, brzuch niewielki, nie ma boleści. 1885 r. 18/X cięcie brzucha; *colon adsc.* schodzi na dół i przyrosłe do guza, zajmującego wyłącznie *coecum*, skutkiem tego Riedel zmuszony był wyciąć część *ilei*, *coecum*, całe *colon adcs.* i część *c. transversi.* Można było wprawdzie dobrze zbliżyć *ileum* do poprzecznicy; lecz Riedel nie zrobił tego z obawy o zgorzel kiszki z powodu naciągnięcia kreski mocno zmaltretowanéj przez (liczne *massenhafte*) obkłucia. Dla uniknięcia więc naprężenia w kresce wszył R. poprzeczniczę w górnym, *ileum* w dolnym kącie rany, poczem zaszył tę ostatnią. Przewidywania co do zgorzeli sprawdziły się: obumarciu uległy odcinki kreski przy obu końcach przeciętéj kiszki, skutkiem czego powstały ropnie i R. zmuszony był ranę skórną zupełnie otworzyć. Na szczęście otrzewna była już przyrośnięta; stan chorego wkrótce szybko się poprawił, powstało tylko obszerne *eczema* skóry na brzuchu od ciągłego wylewania się zawartości z kiszki czczéj. 29/X separowanie końców kiszki *extra cavum peritonei* i zeszycie, lecz wynik tylko połowiczy, natomiast utworzyła się potężna ostroga, uporczywie nieustępująca przed wszystkiemi środkami. 9/XII 1885 Riedel nanowo otworzył jamę brzuszną, odseparował końce kiszek, obciął po 6 cm. z każdéj, poczem przyszył *ileum* do *colon transversum* jedwabiem, wpuścił kiszkę do jamy brzusznéj, ranę w ścianie brzusznéj, zamknął, wprowadziwszy w oba końce rany po drenie. Chory przez długi czas miał tętno 120, może z powodu jodoformu, którym posypano kiszkę. 8 dnia stolec. Po 6 tyg. rana zagojona.

Przypadek 12. Sacré (Jacobs: *Carcinoma coeci*; *resectio*; *anus praeternaturalis*; *mors e peritonitide. Cancer du coecum*; *laparotomie*; *anus anormal*; *morte*; *observation recueillie et presentée a la societé anatomopathologique de Bruxelles par Jacobs interne de service. La Presse médicale belge* Nr. 31 str. 241 1887). 25 l. kobieta; początek podmiotowy choroby nagły, przed dwoma laty w postaci kolki bardzo gwałtownéj tak, że zmuszona była wstąpić do szpi-

tala, gdzie po lewatywach oddała bardzo obfity stolec z ropą; po wyjściu ze szpitala ciągłe bóle w prawéj połowie brzucha i napady kolki z gorączką i dreszczami. D. 6/VI 1887 nanowo wstąpiła do szpitala; wtedy znaleziono stan ogólny dobry, otyłość, policzki różowe, nałogowe zaparcie stolca; ponad *spina ant. sup. dext.* guz trwardy, podługowaty, gładki, sięgający na 2 palce poniżéj 11 żebra, bardzo ruchomy, bolesny przy macaniu; brzuch rozdęty, bulgotanie w kiszkach, wymioty żółciowe bardzo częste; tętno słabe, ciepłota prawidłowa; stan taki trwa aż do 21/VI, w którym to dniu zjawiły się wymioty kałowe. Rozpoznanie z początku nerki ruchoméj, potem uwięzienia wewnętrznego. 21/VI 1887 cięcie wzdłuż brzegu zewnętrznego m. prostego prawego; wnet wypadają kiszki rozdęte i zaczerwienione; ręka wsunięta w kierunku prawéj nerki nie znajduje nic osobliwego; a wtedy postanowiono wyciągnąć jelita, aby je kolejno zbadać, począwszy od dwunastnicy. Kiszka cienka ogromnie rozdęta, gruba zapadła i pusta; w rozdętem *coecum* wymacano wreszcie twardość w okolicy *valvula ileocoecalis*; nowotwór otacza światło kiszki i jest powodem zwężenia. Dla zmniejszenia rozdętych kiszek nakłuto je cienkim trójgrańcem, podwiązanie *mesocoeci*, wycięcie kiszki ślepéj wraz z częścią *colon asc.* i *ileum*, których końce przyszyto do brzegów rany brzusznéj. Wieczorem tegoż dnia chora zmarła.

Przypadek 13. Barton: *A report and the exhibited specimen of some cases of abdominal surgery.* (*Philad. Report May.* 12 p. 597 1888). 37 l. kobieta, cierpiąca na przewlekłe zaparcie; po otwarciu brzucha znaleziono zwężenie w okolicy zastawki Bauhina; po przecięciu kiszki uznane było przez wszystkich obecnych za zwężenie czysto bliznowatéj natury; swiatło zwężonéj części wynosiło $^1/_5$ cala w średnicy. Po rozszerzeniu chora przez pół roku miała się dobrze, lecz późniéj wróciły dawne dolegliwości. *Laparotomia*; *epithelioma valvulae ileocecalis*; wycięcie trzech cali kiszki; ponieważ Barton uważał zeszycie za niebezpieczne, zrobił rzyć sztuczną, a jednocześnie nałożył *entorotom Dupuytrena*; wyzdrowienie

Przypadek 14. Koenig: *Die Operationen am Darm bei Geschwülsten mit besonderer Berücksichtigung der Darmresection.* (*Archiv f. klin. Chr.* 1890 T. 40 str. 905). 48-letni mąż. Przypadłości brzuszne od roku; krew w wypróżnieniach; znaczne wychudnienie. W bliskości *spina ant. sup. dex.* guz w średnicy 5 cm. ruchomy, nierówno guziczkowaty. Cięcie na guzie z zewnątrz i od góry na dół i nawewnątrz; rak kiszki ślepéj; gruczoły chłonne zajęte; trudne oddzielenie

kiszki cienkiéj zrosłéj z guzem. Wycięto 15 cm. kiszki K. biodrowa silnie rozszerzona. Kreska nacieczona rakowato, wycięta. Oba końce kiszki wszyto w ranę z powodu, że nie można ich było spoić szwem. 4 dnia śmierć ze zgorzeli k. grubéj obdartéj z kreski; zapalenie otrzewnéj; *phlegmone retro-peritoneale.*

15 i 16 stanowią moje dwa przypadki, które niżéj podaję *in extenso.*

Przypadak 17. Hhan E: *Sarcoma parvi-globo cellulare valvulae ileocoecalis.* (*Ein Beitrag zur Colectomie und Mittheilung über zwei Fälle von Resection des Colon und Ileums, einer in der Ausdehnung von einem Meter. Heilung. Berl. klin. Woch.* 1887 Nr. 25 str. 446). 19 l. cukiernik. Od wielu tygodni brak łaknienia i zaburzenia w oddawaniu stolca. Osobnik dobrze odżywiany ma w *epigastrium* guz przesuwalny, przypominający nerkę, ale od niéj mniejszy i niedający się odprowadzić na właściwe miejsce. 12/VIII 1886 cięcie na zewnętrznym brzegu *m. sacrolumbalis dextri* od 12 żebra do *crista ilei*; wtedy okazało się, że prawa nerka znajduje się na swojm miejscu; po rozszerzeniu rany i dodaniu cięcia dodatkowego poprzecznego udało się guz do rany wepchnąć i wtedy rozpoznano, że nowotwór wielkości jaja nierówny znajduje się w jamie kiszki ślepéj. Po rozcięciu otrzewnéj wydobyto z rany *coecum*, wyrostek robaczkowy, *ileum* i kilka gruczołów wielkości od pestki wiśniowéj do rozmiarów bobu. Podwiązanie i odcięcie przyrosłego do swego otoczenia wyrostka robaczkowego katgutem, wyciągnięcie guza wraz z *coecum* i *ileum*, nałożenie rurek drenowych na nie, wycięcie kawałka kiszki między podwiązkami, zeszycie powierzchni surowiczych kiszki czczéj i kiszki grubéj wstępującéj. W koniec doprowadzający wprowadzono gruby cewnik, poczem oba końce kiszek przyszyto do skóry. Operacyja trwała $1^1/_2$ godziny. 13/VIII po zdjęciu rurek drenowych z kiszek żywy krwotok tętniczy. 15 wypróżnienie. 2/XII nałożono kleszcze kiszkowe *(Darmklemme).* W chwili ogłoszenia pracy jeszcze trwa rzyć sztuczna; a nadto podejrzane guziczki na *ileum.* Zresztą chory ma się wybornie.

Przypadek 18. Bouilly: *Tumeur maligne de la région iléo-coeale. Résection intéstinale Suture immediate. Gueriso-(Revue de Chir.* 1888 p. 697). 44 l. kob. od wielu lat cierpiąca na zaburzenia brzuszne, bóle i wymioty; napady boleści codzień w 4—5 godz. po jedzeniu. Guz wielkości pięści w dole biodrowym prawym, ruchomy. Znaczne wyniszczenie,

wejrzenie suchotnicze, bez zmian w płucach. Laparotomija; cięcie w smudze; guz nieco przyrosły z łatwością daje się wyciągnąć na zewnątrz. *Resectio*; wycięcie klina z kreski, zawierające powiększone gruczołki chłonne; kaliber kiszek równy, ztąd dopasowanie łatwe, szew Lamberta-Czernyego jedwabiem. Cięcie w kresce nie zeszyte. Po operacyi przez kilka dni wymioty; 6 dnia stolec. W dolnym kącie powstała przetoka, która się sama zabliźniła po 15 dniach. Wyzdrowienie; po 7 miesiącach jeszcze nie ma recydywy. Choréj w szpitalu już przybyło 10 kilo. Wycięta część długości 16 cm. Cornil znalazł, że nowotwór był *Lymphosarcoma*; zwężenie przepuszczało zaledwie cienki cewnik.

Przypadek 19. Bassini: Sprawozdanie z VI zjazdu chirurgów włoskich. (Streszczenie w *Wiener Med. Presse* 1889. Nr. 21). U 23 l. męż. B. wyciął kiszkę ślepą i część kiszki biodrowéj zpowodu gruczolaka (*adenoma.*). Chory szybko wyzdrowiał.

b) *Resectio coeci* z powodu gruźlicy:

Przypadek 20. Durante: Sprawozdanie z VI Zjazdu chirurgów włoskich w Bolonii 1889. (Streszczenie z *Wiener Med. Presse* 1889 str. 879). 56 l. kobieta cierpiąca od czasu utraty miesiączki w 44 roku życia na kolkę kiszkową, boleści w czasie oddawania stolca i wymioty. Przypadłości te tak wzmogły się, że zmusiły chorą do szukania pomocy chirurgicznéj. W prawéj dolnéj połowie brzucha guz bardzo ruchomy, wielkości i formy cytryny, twardy, włóknistéj konsystencyi, nieregularnéj powierzchni. Rozpoznanie *Carcin. coeci.* Operacya bardzo ciężka z powodu zrostów z kiszkami i trudności oryjentowania się; udało się jednak wyciąć, a światło spoić szwem trzypiętrowym. Przebieg bez odczynu. 7 dnia pierwsze wypróżnienie, 10 chora wstała. Po przecięciu guza wzdłuż okazało się, że cała kiszka ślepa i wyrostek robaczkowy były zajęte; guz składał się z tkanki włóknistéj, z gruzełkami jagłowatemi we wszystkich okresach rozwoju.

Przypadek 21. B. Suchier (in Herrenalb): *Beitrag zur operativen Behandlung der Coecumtumoren. Berl. klin. Woch.* 1889. str. 617. 32 l. mężczyzna ślifierz agatu, chory od roku, w ostatnich czasach zaczął szybko chudnąć i tracić siły. Przy badaniu znaleziono guz, zajmujący okolicę k. ślepéj; brak apetytu, odbijanie śmierdzącemi kałem gazami, w skąpych stolcach śluzokaszowata masa. Cięcie równoległe do więzu Pouparta zaginało się od *spina ant. sup.* łukowato w górę ku przedniemu końcowi 10 żebra. Część sieci wiel-

kości ręki, usianą podejrzanemi guziczkami wycięto, poczem ujrzano guz zajmujący górny odcinek *coeci* i dolną część *coli adsc.*. Cały guz o ile można było wydobyto z jamy brzusznéj, poczem bliżéj obejrzano kiszkę, w któréj okazało się 12—16 zwyrodniałych gruczołów, aż do wielkości orzecha włoskiego, sięgających do kręgosłupa; gruczoły te zostały wyłuszczone *resp.* usunięte ostrą łyżeczką. Wtedy nożem odcięto, guz od ściany miednicy, a zacisnąwszy kiszkę powyżej i poniżéj guza w zdrowych częściach, ścianę jelita przecięto. Cięcie w kiszce ślepéj wypadło tuż powyżéj zastawki, tak że ta ostatnia wraz z wyrostkiem robaczkowym pozostały. Końce kiszki spojone zostały szwem Czernego. Toaleta, szew i przedrenowanie otrzewnej, a wreszcie szew ściany brzusznéj. Przebieg bez gorączki; silne bóle w ciągu pierwszych dwóch dób; 7 dnia pierwsze wypróżnienie. Po 17 dniach chory wstał z łóżka i dotychczas (1 rok 8 miesięcy po operacyi) jest zdrów zupełnie. Guz cylindryczny wynosi w średnicy 6 cm., na wysokość 10—12 cm.; cały wycięty kawałek kiszki ma na długość 20 cm. Badanie drobnowidowe dokonane przez prof. Zieglera wykazało zwężenie, spowodowane przez bujanie łączno tkankowe, w którem znaleziono gruzełki. Zgrubienie ściany kiszki zależało nadto od zrośnięcia z nią gruźliczo zwyrodnionych gruczołów limfatycznych i tkanki tłuszczowéj (sieć) Błona śluzowa części zwężonéj jest wprawdzie nacieczoną, lecz wolną od gruzełków. Gruźlica rozszerzyła się tylko w *submucosa* i w zewnętrznych błonach kiszki.

Przypadek 22. Czerny: (*Ueber die Chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberculose* (*Beitraege zur klin. Chir.* Tablica 6 stron 77). 54 letni mężczyzna Siostra zmarła z suchot. Od czterech lat bóle i rozwolnienie. Od czterch tygodni guz wielkości pięści, w okolicy lędźwiowéj prawéj, nierówny, twardy, bolesny, przesuwalny, zwłaszcza z boku na bok, przyczem słychać bulgotanie, przy opukiwaniu odgłos tympaniczny stłumiony. Charłactwo. Rozpoznanie z razu: rak kiszki. Cięcie równoległe do m. prostego i na jego brzegu zewnętrznym. Guz z wielkim trudem oddzielono od powięzi *ileopsoatis*, przyczem opróżnił się ropień okołokątniczy do jamy otrzewnéj. Guz zrosły był silnie z nerką, wątrobą i pęcherzykiem żółciowym tak, że dopiero po krwawem oddzieleniu udało się go wyciągnąć z rany brzusznéj na zewnątrz. Wycięto 9 cm. guzowatéj masy na długość. Spojono światła kiszek 30 szwami jedwabiem w 2 piętra, zaszyto dziurę w kresce. Ponieważ okazało się, że z tylną powierzchnią guza był zrośnięty moczowód, który zo-

stał przecięty, wyłuszczono nerkę, poczem ranę brzuszną zaszyto. Na preparacie obszerne wrzody w k. ślepéj, bliznowato ściągniętéj i skurczonéj; w tkance gruzełki. 3 dnia śmierć z ropnego zapalenia otrzewnéj, spowodowanego przez wydostanie się kału wskutek zgorzeli brzegów kiszki w linii szwu.

Przypadek 23. Czerny: *Tuberkulöse Geschwüre im Blinddarm durch Reselction des Darmes geheilt* (Tamże). 40 l. m. Od czasu do czasu zatwardzenie i boleści żołądkowe. Przed 2 laty rozlane opuchnięcie w okolicy k. ślepéj. Od roku ograniczony guz, zmienny co do wielkości. W dniu przyjęcia do kliniki na 3 palce ponad *spina ant. sup. dex.* i ku wewnątrz guz wielkości jaja, gładki, naprężony, elastyczny, przesuwalny z prawa na lewo na szerokość ręki, poruszający się synchronicznie z ruchami przepony; przy opukiwaniu daje odgłos stłumiony. Stan ogólny dobry; osobnik chudy. Rozpoznano niezłośliwy guz kiszki. Cięcie ponad guzem, który jak się okazało pochodził z kiszki ślepéj; wyciągnięto go z rany, wycięto, a nierówność świateł zrównoważono przez skośne przecięcie k. biodrowéj. Dwupiętrowy szew jedwabny. Wycięta część po stronie wypukłéj mierzy 8 cm. (2 *ileum* + 6 *coecum*). Ślepy worek kątnicy zarośnięty (*obliteratio*) przez skórczenie i zbliznowacenie; obszerne owrzodzenia z podminowanemi brzegami; zwężenie na wysokości zastawki Bauhina. Przebieg pomyślny; po 14 dniach pierwsze wypróżnienie. Rana zagoiła się *per primam*. Znaczny i skory przyrost na wadze.

Przypadek 24. Czerny: (Tamże) 34-letnia kobieta z rodziny suchotniczéj; w młodości obrzmienie gruczołów. Od 16 tygodni mdłości, bóle w brzuchu i pęcherzu; kolki, napady braku tchu i osłabienia; krew i białko w moczu; w czasie napadu brzuch rozdęty i bolesny. Guz kształtu i wielkości nerki, twardy, gładki, na prawo i ku dołowi od pępka, przesuwalny do wchodu do miednicy, aż do okolicy lędźwiowéj. Rozpoznano nerkę ruchomą. Przyszycie 1886 r. prawéj nerki. W 5 miesięcy potem chora wraca z dawnemi przypadłościami. *Incisio explorativa.* Cięcie na brzegu zewn. *m. recti dextr.* Guz okazuje się jako zmieniona k. ślepa. Wyciągnięto go na zewnątrz z rany. Wycięto 17 cm. kiszki (3 *ilei* + 14 *coeci* i *coli adsc.*) oraz kreskę. Zeszycie swiateł kiszki szwem dwu-piętrowym jedwabnym, dziurę w kresce zaszyto, operacya trwała $2^1/_4$ godziny. Zwężenie na miejscu zastawki Bauhina; obszerne zmiany bliznowate gruźliczej natury. Przebieg pomyślny. Najwyższa ciepłota 39°. Chora wstała w cztery tygodnie po operacyi. Chorą widział

Czerny w trzy lata po operacyi w dobrym stanie; miewa dziennie 2—3 wypróżnienień wolnych. Czerny zwraca uwagę na omyłkę rozpoznawczą, popadł w nią wskutek uderzającego podobieństwa guza do nerki oraz krwi i białka w moczu. Podobny błąd zdarzył mu się poprzednio w 2 innych przypadkach.

Przypadek 25 i 26. G u s s e n b a u e r - F i n k: *Ueber 2 Fälle von Resection des Ceocum wegen Tuberkulose. Enterorrhaphie-Heilung. (Prag. med. Woch.* 1890. Nr. 9. (Streszczenie w *Centr. f. Chir.* 1890 str. 549). 34 l. męż. od roku posiadający guz w dole biodrowym prawym, uważany za raka. Wycięcie kiszki, pod drobnowidzem znaleziono; nacieczenie zapalne w błonie podśluzowéj liczne gruczołki jagłowate w *m. muscularis.*, a nadto, takież gruzełki z komórkami olbrzymiemi w sąsiedniéj tkance łącznéj. Chory wyzdrowiał i jeszcze w 5 miesięcy po operacyi był zdrowym.

27 l. męż. również posiadający guz w okolicy biodrowokątniczéj, a nadto nacieczenie w lewym szczycie płucnym, oraz powiększenie gruczołów chłonnych pod lewą pachą; przedtem operowany z powodu przetoki w rzyci; na téj postawie: gruźlica kiszki ślepéj, które to rozpoznanie potwierdziło badanie drobnowidowe części wyciętéj. Wyzdrowienie w ciągu 3 tygodni.

c) *Resectio coeci* z p o w o d u z w ę ż e n i a b l i z n o w a t e g o:

Przypadek 27. *Strictura cicatricialis valvulae ileo-coecalis; enterotomiae; sanatio; annum postea exstirpatio coeci; enterorrhaphia; sanatio.* M a y d l: (*Beitraege zur Darmchirurgie. Allgem. Wiener medic. Zeitung.* 1885 Nr. 41, 42 i 43). 24 l. szwaczka; w 1882 r. cierpiała na częste rozwolnienie naprzemian z zatwardzeniem, do których późniéj przyłączyły się kolki i wymioty po jedzeniu. Silne wychudnięcie bez charłactwa; brzuch bardzo rozdęty, przy macaniu wyraźne ruchy robaczkowe. Przy badaniu choréj ustawianéj na łokciach i kolanach wyczuwa się między łukiem żebrowym prawym i grzebieniem biodrowym guz wielkości pięści niceo przesuwalny, podługowaty, nierówny, twardy, leżący poniżéj nerki, rozpoznano zwężenie niewiadoméj natury; pomimo środków przeczyszczających skąpe wyprożnienie, kolki itd. 31/I 1884 przystąpił Maydl do operacyi; cięcie *in l. ax. ant.*; po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono guz pokrywający dolne $^2/_3$ nerki, od któréj nie można go odciągnąć, cho-

ciaż ślizga się po niéj nieco z góry na dół: w *mesenterium* kilka guziczków, uważanych za gruczołki chłonne. W tym stanie rzeczy M. wybrał pętlicę kiszki cienkiéj niedaleko od kiszki ślepéj i przyszył ją do brzegów rany w otrzewnéj ściennéj, poczem otworzył ją termokauterem, a brzegi otworu przyszył w kiszce do skóry; resztę rany brzusznéj zaszył. Przebieg bez gorączki; wypróżnienie kolosalne, a w niem setki pestek z winogron, których chora nie jadła od roku. 9/II rana się zagoiła; 25/II po rozszerzeniu gąbką rany, wprowadziwszy palec do kiszki stwierdził M. zwężenie przepuszczające zaledwie 16 N· cewnika. Chora zpowodu ogromnéj poprawy długi czas nie mogła się zdecydować na operacyją radykalną; przez cały rok stan choréj się niepogorszył, tak że można było wykluczyć nowotwór. D. 7/III 1885 przystąpił wreszcie Maydl do operacyi; po otwarciu brzucha i oddzieleniu kiszki od ściany brzusznéj, zamknął przetokę w jelicie przez podwiązanie, poczem przekonał się, że istnieje żwężenie i guz na przejściu *ilei* w *ceocum*; kiszka cienka odprowadzająca w dwójnasób rozszerzona i zgrubiała, gruba odprowadzająca zanikła. Zaciśnięcie powyżéj i poniżéj guza świateł kiszek w palcach, wycięcie chorego odcinka, podwiązanie kilku grubszych naczyń; gdy jeszcze światło kiszki cienkiéj okazało się większem od światła *coli adsc.* wycięto 7 cm. pierwszéj wraz z przetoką; poczem brak w kresce powstały po wycięciu zakryto przez zeszycie obu listków, wreszcie szew kiszkowy w ten sposób: na przestrzeni tylnéj połowy obwodu mających być zeszytemi kiszek szew *serosa* i *muscularis* wiązany na zewnątrz; nad tem szew na same błony śluzowe; teraz szew na błony śluzowe przednich połów obwodu; oraz drugie piętro zajmujące tylko *serosa* i *muscularis*; nakoniec trzecie piętro szwów bardzo gęsto nałożonych z najcieńszego jedwabiu na same błony surowicze. Ranę w ścianie brzusznéj zaszyto częściowo; w pozostały otwór gazę jodoformową. Badanie preparatu wykazało, że przyczyną zwężenia było zwyrodnienie bliznowate kiszki. Przebieg: przez kilka dni ciepłota od 37·5 do 38·5, tętno do 140, wymioty, 4 dnia obfite wyprożnienie, wyjęto gazę z jamy brzusznéj. 4/IV chora wyszła zdrowa.

Przypadek 28. Maydl: *Strictura cicatricialis valvulae ileocoecalis*; *resectio*; *enterorraphia. sanatio. (Ueber einen zweiten Fall von narbiger Strictur der Ileocoecalklappe durch cirkuläre Darmresection und Naht geheilt. Allgem. Wiener medic. Zeitung.* 1887. Nr. 17). 23 l. chory słabo zbudowany i miernie odżywiany, przed 7 laty chorował obłożnie i z go-

rączką dochodzącą do 40° prawdopodobnie na ropne zapalenie na około kiszki ślepéj; od téj pory przez 5 lat przewlekłe zaparcie stolca; przed dwoma laty przypadłości te uspokoiły się aż znowu przed 9 tygodniami wystąpiły nanowo i z większem natężeniem; silne kolki, wzdęcie brzucha, bóle w dole biodrowym prawym, występowały po każdem jedzeniu, Maydl między łukiem żebrowym i *spina ant. sup. dex.* odnalazł guz wielkości pięści, trwardy, guziczkowaty, nieco przesuwalny. Rozpoznanie: rak kiszki ślepéj, lub wstępującéj w staréj bliznie. 13/III 1887 operacyja; z początku trudno było się zoryjentować wpowikłanéj masie odziedzy, kiszki, cienkiéj i grubéj; guz wycięto, a końce kiszek połączono trzypiętrowym szwem; poczem ranę brzucha zaszyto. Przebieg wyborny, zupełnie bezgorączkowy; trzeciego dnia wypróżnienie w trzy tygodnie chory wyszedł zdrów, z przybytkiem 14 funtów na wadze; od téj pory kiszka odbywa swe czynności jaknajprawidłowiéj.

Przypadek 29. Trombetta: (Sprawozdanie z VII Zjazdu chirur. włoskich. Wyciął kiszkę ślepą wraz z częścią *coli adsc.* z powodu guza zależnego od *typhlitis et perityphlitis* z małemi rozrzuconemi ropniami. *Anus praeternat.* Chory zmarł 16 dnia po operacyi z zapalenia otrzewnéj, powstałego skutkiem pęknięcia kiszki.

Spostrzeżenie I. *Carcinoma coeci*, *strictura intestini*, *resectio*, *enterorrhaphia*, *sanatio.* 52-letni fabrykant z Częstochowy. Choroba rozpoczęła się w sposób nader skryty; pierwsze zatrzymanie stolca w połączeniu z wymiotami, rozdęciem brzucha i boleściami w całym żywocie wystąpiło około roku przed operacyją; przedtem już jednakowoż cierpiał od trzech lat zaparcie stolca. Ten pierwszy napad zamknięcia kanału kiszkowego przeszedł szczęśliwie po kilku dniach po zastosowaniu lewatyw, lecz od téj pory co drugi miesiąc przychodziły takie same napady, które odpowiedniem ułożeniem dyjety i wlewaniem od kiszki usuwał kol. Oderfeld, lekarz chorego. W kwietniu 1888 r. radził się z powodu swoich przypadłości kol. Reichmana, który jednak nie znałazł nic w kiszce i zaburzenia odniósł na karb żołądka, przypisując je wpływowi wysokiego stopnia rozedmy płuc, wywołującéj upośledzenie odżywiania wszystkich tkanek, a w szczególności żołądka. Latem chory pojechał do Gleichenberga, gdzie przy końcu pobytu dostał bardzo ciężkiego napadu niedrożności tak, że wezwany kol. Oderfeld pojechał do niego. Tam Dr. Rzehaczek znalazł guz w okolicy kiszki ślepéj, który rozpoznał jako raka; guz ten w ciągu

kilku tygodni tak się zmniejszył, że gdy chory przejeżdżając przez Wiedeń radził się Weinlechnera i Horocha, ci niemogli go znaleść wcale i wyrazili przypuszczenie zajęcia pęcherzyka żółciowego. Po powrocie do kraju chory miał się przez kilka tygodni dobrze, lecz po jakimś błędzie w jadle objawy niedrożności wystąpiły nanowo i bez porównania groźniejsze, jak: silne wymioty, ogromne boleści w okolicy kiszki ślepéj, wzdęcie brzucha. Odtąd napady takie przychodziły coraz częściéj, co 2—1 tydzień. Guz zjawiał się wtedy coraz większy i kol. Oderfeld był w stanie dokładnie go obserwować, zarówno jak kol. Dunin, który w czasie napadu niedrożności wezwany był do chorego do Częstochowy; wtedy pierwszy raz przedstawiono mu możność operacyi. Gdym pierwszy raz widział chorego na naradzie z kol. Duninem, Goldflamem i Oderfeldem w końcu kwietnia, znalazłem stan następujący:

Bardzo wychudły, ziemistéj cery, mimo to silny jeszcze, chodzący mężczyzna, dobrze zbudowany, z dużem łaknieniem, lecz wygłodzony przy dyjecie mlecznéj, usposobienia raczéj wesołego, nie żalący. się na żadne bóle, z zaćmą w jednem oku, ze sztucznemi w obu szczękach zębami. Ciężar = 43 kilo. Brzuch średniéj wielkości, miękki od średnio napełnionionych kiszek, będących w ciągłym ruchu, i sprawiających przelewanie się płynne, niebolesny, ze ścianą nienapiętą, dobry do macania. W dole biodrowym prawym dość głęboko wyczuwa się doskonale guz wielkości małéj cytryny, dający się dobrze zająć palcami, sunąć ku kolcowi biodrowemu; wypuszczony z pod palców wraca na swoje miejsce; jest on twardy i przy badaniu niebolesny; nie czuć do około gruczołów chłonnych; przy opukiwaniu daje odgłos słaby tympaniczny, przytłumiony. Rozpoznanie raka, wychodzącego z zastawki Bauhina i zamykającego światło kiszki nie było trudnem.

Co do innych trzew brzusznych, to nie przedstawiały one zmian wyraźnych. Mocz badany przez kol. Mayzla prócz zwiększonéj ilości indolu i śladów odczynu Rosenbacha nic różnił się od prawidłowego. Serce zdrowe, natomiast narządy oddechania przedstawiały zmiany; już nawet przy spokojnem leżeniu, jeśli chory rozmawia można w oddechu zauważyć brak tchu; od lat kilkunastu trwa przewlekłe zapalenie oskrzeli z wysokiego stopnia rozedmą; przy wysłuchiwaniu w obu płucach w dolnych płatach rzężenia wilgotne i świszczące, które nie giną i nie zmniejszają się po wykaszlaniu; wydzielina bardzo skąpa; kaszel jest tak mę-

czący, że chory od kilku miesięcy zastrzykuje sobie morfinę dla przerwania napadu kaszlu i duszności.

To była jedyna poważna i nie do usunięcia okoliczność, z którą należało się liczyć przy operacyi, zresztą koniecznej jako jedynego środka ratunku wobec grożącej śmierci albo z zamknięcia kiszki, albo z głodu. Największe obawy budziło we mnie samo chloroformowanie, zawsze ciężkie przy rozedmie; przy tak znacznym stopniu rozedmy jak u naszego chorego, nie zdarzyło mi się jeszcze robić poważnej operacyi.

Wbrew przewidywaniu uśpienie chorego chloroformem w d. 3 Maja 1889 poszło nadzwyczaj pomyślnie i przy pomocy kol. Jasińskiego, Ciechomskiego, Dunina, Oderfelda i Wolberga przystąpiłem do operacyi. Cięcie poprowadziłem ponad guzem, na 2, 3 palce powyżéj kolca biodrowego prawego, równolegle do włókien *m. obliqui ext.* — po otwarciu jamy otrzewny znalazłem tuż w ranie kiszkę ślepą i koniec *ilei* wolny, nie przyrosły do otaczających pętlic ani do sieci i na tyle ruchomy, że je bez trudności wydobyłem na zewnątrz, z rany wraz z wyczuwalnym pod niemi guzem i gruczołami chłonnemi powiększonemi w kresce, poczem brzegi rany ścisnąłem do siebie i przykryłem ręcznikami tak spiętemi, że zupełnie odcięły jamę otrzewnową od pola operacyjnego. Nowotwór zupełnie ograniczony, chrząstkowato twardy, wyczuwało się w miejscu zastawki Bauhina; w jedną stronę od niego szła kiszka biodrowa kolosalnie rozszerzona, jędrna z grubą ścianą i z widocznemi potężnemi ruchami robaczkowemi, podobna nie do *ileum*, ale raczéj do odźwierniczéj części przerosłego żołądka; z drugiéj kiszka ślepa miękka, ze ścianą cienką flakowatą, wiotką; ku kolcowi odchodził nieprzyrosły wyrostek robaczkowaty; w kresce tuż przy nowotworze wyczuwa się dwa gruczoły chłonne wielkości fasoli, i jeden daléj wielkości bobu. Przedewszystkiem przez obkłucie podwiązałem kreskę jelita biodrowego, następnie *mesenteriolum* wyrostka robaczkowego, wreszcie kreskę kiszki ślepéj, oraz części kiszki wstępującéj, utworzywszy ją sobie przez odciągnięcie tych tworów od ściany brzusznéj. Wtedy zrobiwszy otwór w kresce zarzuciłem dren na około jelita biodrowego i zacisnąłem je, a od strony nowotworu zawiązałem podwiązką, poczem między podwiązkami jelita przeciąłem, kał znajdujący się w świetle wytarłem wiechetkami z waty i otrzewnę końca obwodowego obszyłem ponad błoną śluzową tak, żeby zamknąwszy światło zabezpieczyć się od zarażenia przy dalszych manipulacyjach. Następnie odciąłem kiszkę cienką, wyrostek robaczkowy i ślepą od kreski ponad pod-

wiązaniem tak, żeby przy tych tworach pozostały i gruczoły, wreszcie przeciąłem nożycami wiotką pustą kiszkę wstępującą a oczyściwszy światło z resztek kału przystąpiłem do zeszycia przyczepu kiszkowego kreski jelita biodrowego z odpowiedniem miejscem pod jelitem grubem, poczem zaszyłem dziurę w kresce, a wtedy dopiero zdjąwszy podwiązkę elastyczną z kiszki cienkiéj spoiłem oba obwody jelit ze sobą dwupiętrowym szwem: najprzód w części kuśnierskim w części węzełkowym przejmującym błony śluzowe i mięsne, a potem węzełkowym przejmującym błony surowicze i mięsne, wreszcie tu i owdzie dodałem po szwie w punktach podejrzanych. Ponieważ skutkiem ogromnego przerostu jelita biodrowego, a następnie zwężenia otworu *ileocoecalis* znikła wielka różnica w rozmiarach świateł kiszki cienkiéj i ślepéj, przeto przy zeszywaniu nie potrzebowałem się uciekać do żadnych cięć lub szwów dodatkowych jak przy spajaniu żołądka z dwunastnicą. Natomiast miałem wielką trudność przy szyciu wynikającą ztąd, że ściana kiszki grubéj była tak cienką i nikłą, że ciągła była obawa, aby nie zająć igłą całéj grubości ściany, *resp.* nie zrobić dziury do kiszki przy nitce szwu. Podwiązka kauczukowa z drenu wybornie zamknęła światło jelita cienkiego, a mimoto dzięki nadzwyczajnéj grubości i jędrności jego ściany nie wywołała zgorzeli; po zdjęciu jéj miejsce zaciśnięte zaróżowiło się a z brzegów zaczęła się sączyć krew; dla bezpieczeństwa jednak obrączkę szerokości pół cm. ściąłem. Co do kiszki grubéj, to z brzegu cięcia w niej było krwawienie tak nieznaczne, a w pewnych częściach wcale go nie było, że obciąłem ścianę daléj z obawy zgorzeli. Wogóle przy podwiązaniu naczyń w kresce jest się w niepewności, czy czasem cięcie kiszki nie przypada w obrębie ostatniego brzeżnego podwiązanego naczynia, co następnie mogłoby pociągnąć po zeszyciu zgorzel. Operacyja zakończona została zaszyciem rany brzusznéj w 2¼ godziny od rozpoczęcia.

Przebieg przewyborny, niezakłócony niczem; niebyło ani wymiotów, ani czkawki, ani boleści i wzdęcia brzucha: ciepłota najwyższa trzeciego dnia 38°, tętno stale 80—76, tylko trzeciego dnia 104. Jedynie dotkliwa rzecz, to ból w ranie przy kaszlu, z powodu którego dwa razy dziennie zastrzykiwało się po ¼ grama morfiny. Od trzeciego dnia chory dostawał codziennie po dwie lewatywy, po których zaczęły odchodzić wiatry, a 6-go dnia dobrowolnie bez bólu odeszło obfite wypróżnienie. Od 2-go dnia chory dostawał pokarmy płynne, w coraz większéj ilości. Mocz

z początku ciemny, czerwonawy w ilości 400 cm. sześć. na na dobę, dawał wyraźny odczyn Rosenbacha, w miarę wzmacniania się ustroju i otrzymywania większéj ilości pokarmów stał się bledszym, a 6-go dnia już go było 800 cm. sześć. Łaknienie bardzo znaczne zjawiło się od piątego dnia, a z każdym dniem wzmagało się tak, że chory o niczem prawie nie mówił tylko o jadle. 10 go dnia chory wstał z łożka po wyjęciu szwów z rany brzusznéj, a 20-go dnia wyjechał z Warszawy zdrów; przybyło go na wadze 12 funtów. W dniu 5 Lipca chory donosi mi, że ma się wybornie i, że go przybyło 33 funtów.

1891 r. w końcu Maja znowu widziałem dawnego pacyjenta, który poddawał się operacyi zaćmy. Przy badaniu przez ścianę brzuszną wyczuwa się zeszytą kiszkę jak przewężoną, zresztą czynności kanału pokarmowego odbywają się w jak najprawidłowszy sposób: kał bywa gęsty jak u zdrowego dorosłego człowieka. Stan ogólny doskonały, prócz męczącéj rozedmy płuc: łaknienie dobre, a wypróżnienie jak najprawidłowsze.

Opis preparatu. Długość wyciętéj kiszki grubéj mierząc wzdłuż *taenia libera* 10 cm., długość jelita cienkiego 7 cm; wyrostek robaczkowy znajduje się w prawidłowym stanie; nowotwór zajmuje zastawkę jelitokątniczą w kształcie bardzo twardego wałka opasującego światło w kształcie pierścienia; przez otwór przepchać można ołówek; na granicy między k. ślepą i wstępującą istnieje drugie zwężenie przepuszczające palec, powstałe przez to, że wargi zawstawki Bauhina są również rakowate zwyrodnione, i tak jak daleko fizyjologicznie sięgają, tak daleko przedstawiają się jak dwa twarde wałki, nie otaczające atoli kiszki. Samo *coecum* przedstawia ślepy sklapnięty worek, którego ściana zarówno jak okrężnicy wstępującéj jest bardzo cienką, zanikłą. Natomiast ściana k. biodrowéj w dolnym odcinku jest tak grubą jak ściana skurczonego żołądka, jest jędrną, tęgą, a jama jéj przed samą *valvula ileocoecalis* jest tak dalece rozszerzoną, że światło równa się światłu k. grubej. Badanie drobnowidowe wykazało: *Epithelioma*.

Spostrzeżenie 2. *Carcinoma colloideum cocci*; *induratio inflammatoria textuum adnexorum permagna*; *abscessus, resectio, enterorrhaphia.* L. Tytus, lat 67 b. obywatel ziemski, w Warszawie zamieszkały; od siedmiu lat zauważył guz z prawéj strony w brzuchu; ponieważ go nie bolał i był zaledwie wielkości orzecha, więc nie leczył się tem mniéj, gdy Dr. D., którego się radził, upewnił go

że to tylko zgromadzenie się kału. Dopiero w jesieni roku z. guz zaniepokoił chorego, ponieważ znacznie się powiększył i zaczął sprawiać dolegliwości; teraz chory bał się radzić aby nie usłyszeć czegoś niepomyśli i tak przetrwał, pomimo ciągłego acz wolnego wzrostu guza aż do Grudnia, kiedy nakoniec boleści dojmujące zmusiły go do szukania rady kol. Nussbauma, który podejrzywając cierpienie kiszki posłał go do kol. Jawdyńskiego. Chory jednak i tymrazem uląkł się zaproponowanéj bezzwłocznie operacyi i znowu poczekał, aż dojmujące bóle i niepomierny rozrost guza przynagliły go do udania się o pomoc. Wezwany 4 Lutego znalazłem człowieka średniego wzrostu, szczupłéj budowy, chuderlawego, ze srebrzącemi się włosami. zresztą zdrowego wejrzenia, zahartowanego, nieco żółtawo-bladéj cery, ze słabym, jakby ochrypłym głosem, kaszlącego oddawna, mimo to oddającego się bez przerwy pracy biurowéj. Guz choremu dolega szczególniej przy ruchach, skutkiem czego chory trzyma się sztywno. Z całą jasnością i dokładnością opowiada, że prócz boleści w samym guzie nic mu nie dokucza; nie ma on wymiotów, czkawki lub odbijania; ani także kruczenia, ruchów robaczkowych z napadami kolki lub gniecenia; ani rozwolnień przerywanych zaparciem po kilka dni trwającem, ani nigdy nie zauważył krwi, śluzu, ropy, lub czegoś niezwykłego. Oddawna ma stolec opieszały bez wydymania lub nagabywania bolesnego. Guz dawniéj był ruchomy, okrągły, niebolesny, dopiero od jesieni stał się nieprzesuwalnym i dotkliwym przy macaniu. Mocz oddaje swobodnie 2—3 razy na dobę. Kaszel ma oddawna Łaknienie zawsze niezbyt żywe; żółtaczki nie przebywał.

Brzuch znalazłem dość napełnionym, dlatego też zaleciłem wodą gorzką opróżnić kiszki, a w parę dni potem znalazłem co następuje: Okolica prawego dołu biodrowego wypuklejsza od lewéj; przy macaniu przez niezmienioną skórę wyczuwa się guz gładki, twardy jak deska, płaski, zupełnie nieruchomy, sięgający, do *spina ant. sup.*, do więzu Pouparta, do smugi białéj, a ku górze do linii poprzecznie przeprowadzonéj przez pępek. Szczególniéj wyraźna granica lewa, gdzie nieco guz palcami można obejść; natomiast od góry niepodobna zająć guza palcami, ani go od kolca odsunąć. Przy opukiwaniu od góry między nim i wątrobą odgłos wyraźny, niski bębnisty; to samo z lewéj strony. Lecz co szczególniéj uderza to, że nawet przy lekkiem pukaniu po guzie niewątpliwie przebija odgłos bębnisty przytłumiony. Tymczasem ani śladu

chełbotania lub uginania, nie ma też przesięku w jamie otrzewny. Przy siadaniu i kładzeniu się najdowodniéj wyczuć można, że guz jest za mięśniami brzucha, lecz zrośnięty ze ścianą tego ostatniego. Inne narządy zdrowe, prócz płuc, w których rozedma i zapalenie oskrzeli; jądro, powrózek nasienny, oraz gruczoły pachwinowe zdrowe; mocz według rozbioru kol. Mayzla prócz bardzo znacznego zwiększenia urobiliny nic szczególnego nie przedstawia; mocznika i kwasu moczowego mało, chlorków dużo. Kręgosłup żadnych zmian nie przedstawia, okolicy lędźwiowe elastyczne nie pozwalają guza wyprowadzać z nerki.

Natura guza najzupełniéj niejasna. Wykluczywszy kiszki, pęcherzyk żółciowy, wątrobę, nerkę, odźwiernik, sieć, powrózek nasienny, pozostałem przy rozpoznaniu: nowotwór złośliwy, bacząc na wiek, rak, zrośnięty ze ścianą brzucha lecz niewiadomo zkąd wyszły. Przeciw rakowi do pewnego stopnia przemawia długie trwanie i dobry stan odżywiania; przeciw wyjściu z kiszki ślepéj (jeżeli to rak), brak wszelkich objawów kiszkowych. Choć taka niepewność była bardzo uspakającą, choremu przedstawiłem konieczność i to rychłéj operacyi, po uprzedniem podleczeniu się z kaszlu i dobrem opróżnieniu kanału pokarmowego. Chory się zgodził, a gdy kaszel prawie zupełnie ustał i przewód pokarmowy należycie oczyszczony został d. 19 Lutego 1890 przy pomocy kol. Jasińskiego, Ciechomskiego i Oderfelda o 11-éj z rana przystąpiłem do operacyi, która należy do najcięższych jakie wykonałem dotychczas.

Tegoż dnia zauważyłem nietylko znaczny przyrost guza, lecz zarazem lekkie nacieczenie zapalne skóry, *oedema inflamm.*, które kazało przypuszczać gdzieś sprawę ropną, co przy niezmienionej twardości guza jeszcze bardziéj wikłało sprawę rozpoznania.

Operacyja: Chory wybornie i łatwo uśpiony został chloroformem i to dużo dopomogło do swobodnego operowania. Cięcie poprowadziłem na zewnętrznym brzegu m. prostego prawego t. j. przez środek guza. Przeciąwszy skórę już pod nią widoczny był lekki obrzęk tkanki podskórnéj, a daléj rozścięgno (*aponeurosis*) m. skośnego zewn. zmienione, nasiąkłe, twarde; przeciąwszy i oddzieliwszy nieco na boki nie natrafiliśmy na włókna m. skośnego wewn. lecz znowu na warstwę jednorodnie nacieczoną, twardą, szarawą; odłuszczywszy nieco daléj na boki przecięte rozścięgna skośnego zewn. znalazłem w pewnem ograniczonem miejscu odpowia-

dającem górnej połowie guza chełbotanie. Aby się dostać do ogniska, musiałem przeciąć grubą na 1 ctm., nacieczoną szarą warstwę, w której ani pęczków mięsnych, ani rozścięgna, ani głębszych warstw ściany brzusznéj (m. *transversus, fascia, peritoneum*) nie można rozróżnić; ze zbiornika znajdującego się w każdym razie, o ile sądzić można, pod otrzewną, wypłynęła łyżka gęstéj, śmietanowatéj nieco cuchnącéj (ale nie kałem) ropy. Ściany ropnia pulchne, miękkie, ku dołowi wchodzi zgłębnik do krętego kanału idącego potem w głąb w kierunku dołu biodrowego. W tymże kierunku otworzyłem ten kanał, przecinając niezwykle grubą, twardą jednolitą tkankę, lecz z powodu jej nierozciągliwości i sztywności okiem zajrzeć do dna kanału nie mogłem. Wprowadziwszy jednak palec, natrafiłem na pulchną rozrywającą się masę nie krwawiącą, nie cuchnącą kałem, któréj z łyżkę wydostałem obrywając ją palcem, a wtedy dostałem się czubkiem palca do jamy obszernéj, idącéj w kierunku na lewo, której końca dosiądz nie mogłem, ale w każdym razie przechodzącéj poza płaszczyznę pośrodkową ciała, czyli co na jedno wychodzi, poza granicę guza. Druga ręka położona na brzuchu wyczuwa koniec palca, siedzący w owéj jamie; tam daléj ta ostatnia posiada już ściany miękkie i gładkie. Gdy i to badanie nie dało wyjaśnienia, z czem mamy do czynienia, przedłużyłem rozcięcie guza ku górze, aż do jego granicy górnéj, a nadto poprowadziłem dwa cięcia poprzeczne, jedno na wewnątrz dochodzące (w skórze) aż do smugi białéj, drugie na zewnątrz aż do grzebienia biodrowego; tnąc rozdzielałem ciągle tkanki jakby nasiąkłe, twarde, niepodatne, podobne do sadłowatéj masy w *tumor albus* stawu kolanowego, nie spotykając ani śladu włókien mięsnych m. skośnego wewn. i poprzecznego brzucha; część boczna m. prostego brzucha prawego także zwyrodniona, lecz część odśrodkowa (medialna) zdrowa, dlatego jéj nie przecinałem. Tak przeciąwszy guz na cztery części, wreszcie ku górze i ku wewnątrz wyszedłem za jego granice i otworzyłem jamę otrzewnéj. Dodaję jeszcze, iż przecinając guz w poprzek, w grubości potężnych warstw jednolitych wytworzonych z rozścięgna, natrafiłem na drugi zbiornik ropy gęstéj, w ilości łyżeczki. Dopiero po otwarciu jamy otrzewnej udało się zoryjentować w położeniu, a mianowicie okazało się, że jamą ową, w którą po przecięciu guza wprowadziłem palec, była kiszka ślepa. Zaszedłszy tak daleko, byłem prawie zmuszony próbować wyciąć wszystko, choć wydawało się to niemożebnem z powodu zrostów z dołem biodrowym, z więzem Pouparta,

z siecią itd., trzymających guz i kiszkę tak mocno, że ani podobna było jéj poruszyć. Przedewszystkiem przystąpiłem do wycięcia obu wewnętrznych ćwierci guza rozćwiertowanego dwoma cięciami na cztery odcinki. Kiszki wysuwające się zasłonięto gąbkami. Potem z niezwykłym mozołem odciąłem obie ćwierci zewnętrzne, niedochodząc do granic nacieku, lecz krając w nim, przyszedłem bowiem do przekonania, że to nie może być nowotwór rakowy, któryby dał takie słoiste, jednolite, grube nacieczenia warstw ściany brzusznéj, z zachowaniem ich fizyjologicznéj warstwowości. Rak szerząc się, albo zwyradnia tkanki, nie zostawiając żadnych śladów ich granic, albo je rozpycha, a tu mieliśmy jakby zapalne, ale niezwykle sadłowate zwyrodnienie warstw z wyraźnem zachowaniem ich słoistości. Po wycięciu tych ćwierci powstała otwarta jama k. ślepéj, wypełniona masą miękką, rozpadającą się, kruchą, niebardzo krwawiącą, niewzruszalnie zrosłą z dołem biodrowym, z siecią i z kiszką poprzeczną. Palec swobodnie wchodził w kanał kiszki zarówno ku wewnątrz (w jelito biodrowe) jak i ku górze (w kiszkę grubą wstępującą). Wtedy dzieląc na pęczki sieć i podwiązując je poodzielałem ją od kątnicy; w miejscu zrośnięcia i sieć była potężnie zgrubiała, twarda, na przekroju ziarnista z plamami lipochromu. Poprzecznicę również stopioną z kątnicą ogromną warstwą twardéj, lipochromem przetkanéj tkanki oddzieliłem nożem, rznąc jak najbliżéj ściany poprzecznicy ale zarazem starając się nie otworzyć jéj jamy.

Pozostawało teraz tylko wyciąć kiszkę.

W tym celu odstąpiwszy od guza w zdrowych częściach, podwiązałem jedwabną nitką *colon adscendens* niebardzo zaciągając nitkę; i zaraz kiszkę przeciąłem. To samo zrobiłem z ileum. Daléj oddzielając guz resp. zgrubiałą prawą ścianę *coeci*, odłuszczyłem ją od kolca biodrowego i od jednoimiennego dołu. Wreszcie obkłuwając podwiązałem utworzoną krezkę k. ślepéj przeprowadzając pętlice nitki poza wyczuwalnemi kilkoma gruczołkami wielkości fasoli, poczem guz resp. kątnicę odciąłem. Zeszycie końców jelita grubego z kiszką biodrową nie przedstawiało żadnéj trudności z powodu ogromnego przerostu ściany i powiększenia światła téj ostatniéj. I to było też dobrze dla szycia, że ściana okrężnicy wstępującéj była jędrna i gruba; szyło się więc jak przy wardze zajęczéj. Szew dwupiętrowy; pierwszy na błonę śluzową, drugi na inne warstwy. Przedtem spoiłem kreski obu odcinków kiszki ze sobą ponad kikutem (*Stumpf*) odciętéj kreski k. ślepéj.

Zamknięcie jamy brzusznéj było ostatnim, ale bardzo trudnym aktem operacyi z powodu wielkiego defektu w ścianie brzusznéj, lub niepodatności, twardości brzegów. Toteż w części szwami zbliżyłem brzegi pociętego rozcięgna, a gdzie ono było wycięte — oczywiście samą skórę. W cięciu poprzecznem pozostawiłem rozpór długości 3 cm, przez który wprowadziłem pasek gazy jodoformowéj, dochodzący do zeszytego miejsca kiszki i do nasuniętego tu umyślnie odcinka poprzecznicy, który po odcięciu z powodu krwawienia został przypalony Pacquelinem. Jama otrzewnéj została dokładnie przed zaszyciem oczyszczona z krwi, skrzepów, cząstek guza oraz z napływającéj cieczy aseptycznéj.

Operacyja trwała 3 godziny; po obudzeniu chory nic nie wiedział, że operacyja już dokonana; tętno 100 mocne; chory wyżył dużo chloroformu.

Przebieg. Wieczorem prócz skargi na niewygodę z leżenia wynikającą na nic się nie żali; ból nieznaczny, t. 92, nie ma wymiotów; język wilgotny i czysty.

D. 20/II. z rana po $^1/_4$ gr. morfiny smacznie spał; t. 96 ciepłota 37·4°, dokucza tylko obcisły bandaż, ból tylko przy ruchach; kaszlu nie ma; mocz prawidłowy i w dostatecznéj ilości. Wieczorem: t. 112, c. 37·9° odbijanie i ból przy tem; na noc zastrzyknięto $^1/_4$ gr. morfiny, po któréj z przerwami spał dobrze; od czasu do czasu odbijanie się gazami i odlewanie się pitéj wody.

D. 21-go t. 110 c. 37·6°, *subsultus tendinum*, wyraźne zażółcenie całéj skóry i białkówek; język wilgotny i czysty; brak łaknienia; silne, częste, męczące odbijanie, szczególniej po wypiciu czegokolwiek. Brzuch mały, miękki niebolesny. Moczu dużo, czerwonawo żółto nasyconego. W ciągu dnia jedyna skarga chorego to męczące odbijanie; opatrunek zmieniłem cały, nie wyciągając jednak gazy z wnętrza rany. Jeden rożek z pomiędzy zeszytych czterech płatów poczerniał i przejdzie w zgorzel. Wieczorem c. 37·5°. Noc dobra po zastrzyknięciu morfiny, choć przerywana odbijaniem.

D. 22-go t. 108 c. 37°. Stan bez zmiany, tylko odbijanie częstsze i chory przez to niespokojniejszy; wiatry odchodzą przez odbyt; wieczorem c. 37°.

D. 23-go t. 108 c. 37° łaknienie, chory spokojniejszy; ciągłe odbijanie; przy zmianie opatrunku wyciągnąłem gazę z rany. Płaty wyglądają tak, jakgdyby miały zrosnąć się *per 1-mam*; nieco zaczerwienione; brzuch mały i niebolesny, tylko nad samym więzem Pouparta prawym szczególne bulgotanie przy naciskaniu i bolesność mocna; wyciągnięta

gaza posiada niemiły zapach; podejrzenie, że gazy z kiszki przedostają się do najgłębszéj części rany, w którą był wsunięty koniec paska z gazy jodoformowéj. Po lewatywie obfite wiatry. O 1-éj w dzień opatrunek z powodu przesiąknięcia poprzedniego śmierdzącą wydzieliną; ramię zewnętrzne poprzecznego cięcia rozeszło się. Zaczerwienie płatów większe. Żółtość skóry bardzo znaczna; t. 108 *arhythmia*; język wilgotny i czysty. Ciągłe i męczące odbijanie. Podano sól karlsbadzką. Wieczorem c. 37·9° t. 111, chory niespokojny; odbijanie jest tak częste, że chorego brzuch faluje i trzęsie się bez przerwy; chory nie mogąc spokojnie ani pić, ani mówić, ani spać jest bardzo osłabiony. Zastrzyknięto $^1/_4$ morfiny.

25-go t. 112 c. 37·5°. Cztery obfite, cuchnące wypróżnienia. Nie będę opisywał dalszego przebiegu; dzień po dniu chory coraz więcéj je i pije; coraz lepiéj wygląda; żółtość ustępuje; wypróżnienia odbywają się prawidłowo, odbijanie po kilku dniach ustało. Co do rany, to chociaż w wydzielinie nie widać kału, chociaż nie ma zabarwienia żółcią, ani zapachu kałowego, lecz jest szczególnie smrodliwą i obfitą, tak że ranę przemywa się dwa razy dziennie. Pod wpływem téj wydzieliny owe opisane przy operacyi nacieczone tkanki łykowato zmienione przeszły w zgorzel, i wydzieliły się tak, że tylko ocalała skóra w granicach zeszytych płatów, które w znacznéj części rozeszły się tak, że widać zeszyte jelito Dopiero w końcu drugiego tygodnia wydzielina zaczęła mieć wyraźne zabarwienie żółciowe, tak że wątpliwości już nie ulegało, iż istnieje przetoka gdzieś w głębi rany. Mimo to wypróżnienia odbywają się prawidłowo przez odbyt i odchodzą tędy obfite wiatry. W trzecim tygodniu odzieliły się z pod ocalałéj skóry strzępy obumarłéj tkanki i rana zaczęła się zmniejszać, będąc pokrytą na całéj przestrzeni wyborną ziarniną. Stan ogólny chorego coraz lepszy, a łaknienie doskonałe. Zwolna zabliźniła się cała rana; chory w dwa miesiące po operacyi podniósł się i wrócił do swoich zajęć. Celem zapobieżenia wypinaniu się (*protrusio*) ścieńczałéj i bliznowatéj ściany brzusznéj chory stale nosi opaskę płócienną z grubym podkładem z waty. Pomimo przyrośnięcia zeszytéj kiszki do blizny, nigdy nie było zaburzeń w cyrkulacyi zawartości. Przez kilka miesięcy wyczuć było można przez cienką ścianę brzuszną twarde zgrubienie na poprzecznicy. Dnia 12 Maja 1891 przy badaniu znalazłem: stan ogólny świetny, cera zdrowa; łaknienie i wypróżnienia tak prawidłowe, jak chory dawno nie miewał; L. zajmuje się i pracuje jak zupełnie zdrowy człowiek; na brzuchu stale nosi opaskę zapobiega-

jącą wypuklaniu się kiszek nie podtrzymywanych przez tęgą ścianę brzuszną, lecz bliznowato zmienioną i cienką. Stwardnienia na poprzecznicy ani śladu; nie wyczuwa się też wcale gruczołów lub guzów w okolicy byłéj operacyi w głębi dołu biodrowego, pomimo że badanie ścisłe jest możliwe z powodu cienkości ściany brzusznéj.

Prosektor dr. Przewóski, który był łaskaw zbadać nowotwór, uznał go za raka (*carcinoma*). „Zajmuje on cała kiszkę ślepą i przylegającą część kiszki cienkiéj; przedstawia się w kształcie opasującego wrzodu. Pas rakowy w najwęższéj części, odpowiadającéj wewnętrznéj ścianie kiszki ślepéj, ma około 6 cm. szerokości, w najszerszéj zaś części, zajmującéj dno i zewnętrzną ścianę *coeci* wrzód ma około 13 cm. szerokości. Jama kiszki ślepéj wogóle mocno zwężona. Zastawka jelitokątnicza zupełnie zniszczona. Wyrostek robaczkowy zajęty tylko przy swoim początku, a daléj jest on rozrosły i rozciągnięty gęstym śluzem. Brzegi wrzodu rakowego są miejscami mniéj, miejscami więcéj wyniesione, wałowato. Dno wszędzie nierówne, ziarnisto guzikowate, lub ziarnisto strzępiaste, na całéj przestrzeni pokryte śluzem, zmięszanym z kałem i cząstkami rozpadającego się nowotworu.

„Na rozkroju w dnie i brzegach wrzodu rakowego widać wszędzie wyraźne nacieczenie masą nowotworową, która jest szarobiaława, ziarnista, w innych miejscach szaroczerwonawa, a nakoniec w innych prześwieca. Masa nowotworowa przy brzegach wrzodu leży w błonie śluzowéj i podśluzowéj; pod dnem wrzodu przenika miejscami w błonę mięsną, a nawet podsurowiczą. Błona mięsna pod całym nowotworem wyraźnie zgrubiała i rozrosła.

„Pod mikroskopem masa nowotworu składa się wszędzie z tkanki nabłonkowéj, tworzącéj ciała rakowe i z podścieliska łącznotkankowego. Ciała rakowe są rozmaitéj wielkości i składają się przeważnie z końców okrągławych, lub wielościennych; podścielisko prawie wszędzie zbudowane jest ze zwyczajnéj tkanki łącznéj włóknistéj i tylko miejscami przybiera charakter tkanki śluzowéj. W tych ostatnich miejscach nowotwór słabo prześwieca (*carcinoma colloideum*).

„Ciała rakowe od podścieliska wszędzie odgraniczone są ostro i często odrostkami łączą się w rodzaj sieci. Ilościowo w jednych miejscach przeważa w raku tkanka nabłonkowa, w innych łączna.

„Poza błoną mięsną kiszki ślepéj ciała rakowe widać tylko miejscami i na małéj przestrzeni. W mocno rozrosłych

organach, a szczególniéj nadzwyczajnie rozrosłej przedniéj ścianie brzusznéj, do któréj przyrosło jelito ślepe, nigdzie niemożna odnaleźć ciał rakowych. W tych częściach widać tylko ogromny rozrost włóknistéj tkanki łącznéj, a nawet mocny rozrost tkanki łącznéj pomiędzy włóknami poprzecznie prążkowanych włókien mięsnych. Wśród téj rozrosłéj tkanki łącznéj znajdował się zbiornik ropy, powstały przez wniknięcie drobnoustrojów ropotwórczych skutkiem rozpadu powierzchni raka".

Zestawiony powyżéj materyjał kazuistyczny jest z pewnością bardzo niekompletny. Rak kiszki ślepéj stanowi cierpienie tak dalekie od rzadkości, iż w ciągu dwóch lat widziałem cztery jego przykłady, zpośród których dwa operowane podałem powyżéj, jeden, gdzie zrobiwszy laparotomiję badawczą, przekonałem się, iż pomimo ruchomości bardzo znacznéj guza istnieje obszerne zwyrodnienie kiszki i gruczołów zaotrzewnowych, zmarł w kilka miesięcy z charłactwa; ostatni chory silny i wybornie odżywiany nie zgodził się na operacyję, gdyż nie było objawów zwężenia. Nie ulega wątpliwości, iż we wszystkich ważniejszych klinikach operowano niejednokrotnie z powodu nowotworów kiszkę ślepą, lecz spostrzeżenia nie zostały ogłoszone, lub pozostały dla mnie niedostępne. Z pomiędzy zebranych 29 przypadków resekcyi zmarło 10, co wynosi 34·5%, z tego przypada 19 na nowotwory z 8 † i 10 na zwężenie gruźlicze i bliznowate, z 2 †.

Co do rodzaju operacyi resekcyja z natychmiastową enterorafiją dokonaną była w 20 przypadkach, z czego 6 †; rzyć sztuczną nałożono po resekcyi w 8 przypadkach, z których 4†, wreszcie w jednym przypadku najprzód wykonano enterostomiję, a w rok poźniéj resekcyję i enterorafiję.

Oprócz tych przypadków natrafiłem na wzmianki o 24 resekcyjach k. ślepéj Billrotha, z których w 11. operacyja dokonaną została z powodu raka z 6 †, oraz w 13 z powodu przetok z 6 †, razem 24 z 12 † = 50%.

Daléj Czerny wykonał operacyję, o któréj mowa, 8 razy, 4 z powodu raka, 3 razy z powodu gruźlicy, 2 z powodu wpochwienia. Nakoniec Senn ogłosił 2 przypadki wycięcia

k. ślepéj z następną anastomozą. Pomijajac zatem przypadki operacyi z powodu wgłobienia (2 Czerny, 1 Hahn [1]), doliczając przypadki Michaux i Rosenbergera, o których nie mogłem zasięgnąć bliższych szczegółów, pozwalających na wyprowadzenie jakichkolwiek wniosków, potrąciwszy z kazuistyki Billrotha i Czernego przypadki objęte w mojem zestawieniu, otrzymamy:

zestawionych przezemnie	23
Billrotha	24
Czernego	6
Senna	2
Rosenbergera	1
Michaux	1
Razem . .	57

Ogółem 57 przypadków resekcyi kiszki ślepéj, z których niepodobna mi podać cyfry śmiertelności z powodu, że wynik w kilku przypadkach nie został wymieniony.

Przechodzę obecnie do niektórych wniosków, jakie z téj kazuistyki wyprowadzić można, oraz uwag, jakie się nasuwają.

W przytoczonéj już wyżej pracy Koenig treściwie, lecz dosadnie scharakteryzował trudności operacyi, wyróżniające ją od typowéj owaryjotomii, która stała się niemal miarą i ideałem każdéj laparotomii. Zdanie to odnośnie do wycięcia kiszki ślepéj w całości podzielamy, a poniższy przegląd rozmaitych aktów operacyi trudności powyższe uwydatni,

Najprzód, co się tyczy cięcia w ścianie brzusznéj, to spotykamy rozmaite odmiany, które sprowadzić można do trzech głównych: 1) w smudze białéj, 2) na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha prawego, 3) ponad guzem.

Znane są powszechnie w chirurgii brzusznéj dodatnie strony cięcia w smudze białéj i nie potrzebuję ich przypominać; mimo to jestto cięcie najmniéj nadające się do wycięcia kiszki ślepéj, zpowodu zbyt znacznéj odległości od terenu operacyjnego; chociaż bowiem w przypadkach znacznéj ru-

---

[1]) *Berlin klin. Woch.* 1887. s. 446.

chomości guz przez to cięcie daje się wyciągnąć z jamy brzusznéj, to jednak nawet w tych szczęśliwych razach jest niedogodny dostęp do kreski, do gruczołów chłonnych, gdzie manipulowanie, a zwłaszcza hemostaza jest pierwszorzędnego znaczenia, a kłopotliwsza i trudniejsza od samego wycięcia kiszki i jej zeszycia. W przypadkach, gdzie guz jest mało ruchomy, lub przyrośnięty do powięzi *m. ileopsoas.* lub do ściany brzusznéj, cięcie to zupełnie jest nieodpowiednie. Jedyne wskazanie do niego widzimy w tych wątpliwych przypadkach, w których bardziéj chodzi o cięcie badawcze, aniżeli o utorowanie drogi do guza. Gdzie z góry przewidujemy możność uskutecznienia operacyi radykalnéj, tam odrazu należy zaniechać cięcia w smudze białéj. Cięcie to z pomyślnem zejściem zastosował w swoim przypadku Bouilly.

Najczęściéj torowano sobie drogę przez cięcie na zewnątrz brzegu *m. rect. abd. dextri*; daje ona dostęp do przyczepu kreski, czyli do miejsca przytwierdzenia guza, o co najbardziéj chodzi, lecz prowadzi przez grubą część ściany brzusznéj, skutkiem czego jest się zmuszonym manipulować przez ranę o grubych wargach, t. j. tak jak u osób tłustych, co jak wiadomo, stanowi niemałe powikłanie; nadto rana ta kurczy się i daje otwór daleko mniéjszy niż zrobiło się cięcie, a wreszcie łatwo przy niem przeciętą zostaje *a. epigastrica*, która daje żywe krwawienie, a uchwycenie jéj w szczypczyki Peana wśród kończących się włókien i mięśni, w tkankach elastycznych i bez twardéj podstawy często sprawia pewną trudność.

Dla tych względów najodpowiedniejsze wydaje mi się cięcie skośne, równolegle do przebiegu mięśnia *obliquus externus* ponad miejscem najbardziej wypukłem guza; cięcie to łatwo może być przedłużone ku górze wprost, lub z zagięciem ku końcowi 10-go żebra (Suchier). Takie samo cięcie wykonał w swoim przypadku Koenig. Ku dołowi u mężczyzn cięcie to znajduje swoje ograniczenie w powrózku nasiennym, który niepowinien być skaleczonym, i w t. nabrzusznéj, która również niepowinna być przeciętą. Billroth w jednym przy-

padku zastosował cięcie ponad guzem idące skośnie w kierunku od środka więzu Pouparta ku pępkowi; daje ono również doskonały dostęp do guza. Kierując się szczególnemi warunkami Maydl otworzył jamę brzuszną *in linea axillari*. Senn [1]) zaleca szczególniéj cięcie idące od środka *lig.* Poupartii do połowy odległości między pępkiem a *spina ant. sup.* W przypadkach, gdzie istnieje przetoka, lub nowotwór zwyrodnił ścianę brzuszną, oczywiście cięcie stosować się musi do miejsca położenia i kierunku przetoki, lub zwyrodnionych części, które należy ze ściany brzusznéj wyciąć, wypadnie więc robić cięcie owalne, lub poprzeczne, jak to miało miejsce w moim drugim przypadku.

Podwiązawszy naczynia krwionośne w ranie brzusznéj i otworzywszy otrzewną, wprowadzamy rękę dla zbadania stosunków guza i dokładnego wymacania kreski, *resp.* jéj gruczołów, poczem idzie drugi akt operacyi: wyciągnięcie guza na zewnątrz z jamy brzusznéj. W zebranéj przezemnie kazuistyce zanotowano, iż udało się to w zupełności w 12 przypadkach, lecz prawdopodobnie i w wielu innych, gdzie guz był ruchomy, operator skorzystał z tego naturalnego ułatwienia; wydobycie guza na zewnątrz posiada dla łatwo zrozumiałych względów ogromną doniosłość; z jednéj strony ułatwia manipulacyje, z drugiéj pozwala na operowanie zewnątrz jamy otrzewnéj, która pozostaje osłoniętą. Koenig radzi prowizorycznie zaszyć ranę w ścianie brzusznéj o tyle, żeby wydobyty guz nie mógł się napowrót do jamy wśliznąć; jestto dobry sposób osłonięcia jamy otrzewnéj, lecz utrudnia operowanie na kresce, które należy do najtrudniejszych.

Niewątpliwie najprostszą drogą do bezkrwawego wycięcia choréj części oraz zwyrodnionéj kreski, byłoby wstępne podwiązanie *a. ileocoecalis*, którą łatwo jest wymacać; gdy jednak projekcyja jéj rozgałęzień w większości przypadków większą jest, niż odcinek kiszki, który ma być usunięty, przeto musimy się uciec do podwiązywania jéj gałęzi w ra-

---

[1]) Streszczenie w *International Journal of the med. Sciences* 1890. T. II. str. 413.

nie, co należy do najżmudniejszych części operacyi. Przytem można postąpić dwojako: albo odcinać kiszkę, *respective* wycinać klin w kresce, tam gdzie tego potrzeba i zaraz natychmiast chwytać w kleszczyki naczynia przecięte w ranie kreski, a następnie je wiązać, tak jak to robimy w każdéj innéj ranie, — albo najprzód porobić obkłucia (*Umstechung*) w kresce, a potem ponad podwiązkami ją przeciąć; pierwszy sposób jest czystszy, drugi pewniejszy, zabezpiecza bowiem od spełzania podwiązek, obrywania się kruchéj tkanki kreskowéj przerosléj tłuszczem, co jak wiadomo należy do zwykłych rzeczy śród wiązania naczyń w kresce, a nadto zapobiega wszelkiemu rozlewowi krwi. Ten ostatni sposób posiada jeszcze i tę wyższość, że pozwala na samym końcu przecinać kiszkę, który służy za dobre ujęcie przez cały czas załatwiania się z kreską. Jeżeli wobec gruźliczego zwężenia wystarczającem jest wyłuszczenie powiększonych gruczołów z kreski, to natomiast, o ile tylko jest możliwem i dostępnem, powinno się wycinać cały klin z kreski wraz z powiększonemi w niej gruczołami wobec zwężenia rakowego, tu bowiem, jeśli tylko przecięło się kiszkę w dostatecznéj odległości (na kilka — do kilkunastu cm.) od granicy nowotworu, regenaracyja możliwą jest jedynie z ognisk rakowych w gruczołach i naczyniach chłonnych kreski: najradykalniéj przeto jest całą tkankę wyciąć. Koenig (l. c. S. 916) odradza to, przez wzgląd na uzasadnioną obawę zgorzeli zagrażającéj kiszce, któréj kreska naczynionośna została wycięta; radzi on usunąć z kreski same gruczoły zwyrodnione, tam zaś, gdzie nacieczenie rakowe zajmuje kreskę na znaczniejszéj przestrzeni, lepiéj zdaniem jego zupełnie odstąpić od wycięcia kiszki.

Gdybym śmiał przeciwstawić swoje zdanie poglądowi tak znakomitego chirurga, zauważyłbym, iż jeżeli gruczoły zajęte są sznurkiem jedne za drugiemi, lecz nie na wielkiéj rozciągłości, wtedy wycięcie klina z kreski z uwzględnieniem niepotrzebnego kaleczenia naczyń obok bieżących, a więc prowadząc cięcia na granicach chorego odcinka kreski nie na ślepo prostolinijnie, lecz wymijając kolana i zagięcia grubszych naczyń, nie można pozbawić dopływu krwi znaczniej-

szego odcinka kiszki, chyba żeby w wierzchołku wycinanego klina zmieniony gruczoł obejmował do około samą *art. ileococcalis.* W jednym przypadku Bergmann znalazł gruczoły chłonne zwyrodnione na przestrzeni szerszéj niż długość odcinka kiszki, zajętego przez raka, dlatego też po wycięciu téj ostatniej nie wahał się poodcinać z końców jeszcze po 4 cm. tak, że razem część wycięta wyniosła 25 cm., a jednak zdołał dokonać enterorafii z pomyślnym skutkiem. W razach, gdzie nacieczenie rakowe zajmuje wszerz duży odcinek kreski, a wzdłuż sięga aż do korzenia, do kręgosłupa i wyżej, byłoby bezcelową a niebezpieczną rzeczą wycinać taki kawał; natomiast w tych razach można poprzestać na jednem wskazaniu: t. j. wyciąć rakowato zwężoną część, pozostawiając kreskę rakowato zmienioną, gdyż i tak przez wycięcie jéj uratować chorego nie zdołamy. Zresztą czy po wyłuszczeniu gruczołów kreski, czy po wycięciu z niéj klina, a wogóle po podwiązaniu w niéj naczyń, należy baczną zwrócić uwagę na kiszkę, któréj odcinek pozbawiony dopływu krwi widocznie się zmienia, sinieje, a przy nacięciu nie krwawi krwią czerwoną. Na odwrót, jeżeli przy nacięciu kiszki, po uprzedniem wycięciu lub obkłuciu kreski, ściana jéj krwawi, możemy być spokojni, że końce nie obumrą. Wycinanie klina w kresce może odbywać się podobnie jak proste jéj odcięcie od jelita, albo przed powiązaniem, albo najprzód można w kierunku boków klina, macając palcami i określając okiem granicę zwyrodnienia rakowego, obkłuć kreskę, a potem część chorą wyciąć.

Następuje dalszy akt operacyi — przecięcie samój kiszki. Wylewowi zawartości kiszkowéj zapobiegano w rozmaity sposób: jużto przez ściśnięcie jelita w odpowiednie zaciskadła, jużto przez związanie kiszki cienką rurką kauczukową, przewleczoną przez oczko zrobione na tępo w kresce. Jeżeli się operuje we właściwym czasie, (o czem będzie rzecz niżéj), wtedy zazwyczaj kanał kiszkowy jest porządnie opróżniony, nie ma wielkiéj obawy zalania pola operacyjnego (*resp.* jamy otrzewny), a przeto na trzymaniu w palcach asystentów całkowicie można poprzestać, jak to słusznie ra-

dzi Koenig. Co najwyżéj, dość jest zawiązać jelito biodrowe, gdyż kiszka gruba wstępująca jest zawsze pusta i sklapnięta, lub zawiera kawałeczki spiekłego kału. Jeżeli jednak guza wyciągnąć z jamy brzusznéj nie można, jeżeli są zrosty, jeżeli przez chorobowe skurczenie się niema kreski (*Schrumpfung*) i trzeba wycięcie choréj części rozpocząć od przecięcia kiszki a potem przejść do głębszych części — wtedy należy podwiązać kiszkę. W tym celu najlepszą usługę oddawała mi grubsza nitka jedwabna lub katgut, do przewleczenia którego przez kreskę niepotrzeba dużéj dziury, jak dla rurki kauczukowej; chodzi oto, aby jelito umiarkowanie ścisnąć aby ściany nitką nie przerznąć. Na zarzut, że w ten sposób zgniata się w linii zawiązania ściana kiszki, zaraz odpowiadam, że przed samem zaszyciem kiszki t. j. już po zupełnem usunięciu wszystkiego, co chore, odcinam kawałki obu zawiązanych końców, poza ligaturami, tymczasem zaś podczas szycia ograniczam się do powierzenia jelita palcom asystenta. Podwiązki, czy to jedwabne czy kauczukowe, mają tę wyższość nad zaciskadłami, że nie zajmują miejsca, i nie mogą się ześlizgnąć podczas manipulacyi przy wycinaniu schorzałéj części.

Operacyja w przypadkach wolnych od zrostów jest żmudną lecz nie trudną; trudności rozpoczynają się dopiero, jeśli istnieją powikłania wynikające ze zmienionych stosunków choréj kiszki. Najpoważniejsze między niemi stanowią zrosty z powięzią m. biodrowego, które z jednéj strony przytwierdzając nieruchomo guz do dołu biodrowego, nie pozwalają na wyciągnięcie go z rany, z drugiéj zmuszają do bardzo trudnego preparowania nożem w okolicy, w której przebiegają naczynia biodrowe, oraz moczowód. Na te zrosty zwraca uwagę Billroth w swojem sprawozdaniu na kongresie berlińskiem [1]); w jednym przypadku zmuszony był wyciąć całą powięź biodrową. Podobne tęgie zrosty z powięzią i z wielkiemi naczyniami biodrowemi napotkał Kraus-

---

[1]) *Revue de Chirurgie* 1890. str. 834. — [2]) *Ueber Magen und Darmresectionen. Deut. m. Woch.* 1889, Nr. 45.

sold, a Czerny z powodu nich preparując w zmienionéj tkance przeciął moczowód. W moim drugim przypadku nowotwór był na całéj przestrzeni tęgo i nieruchomo zrośnięty z *f. iliaca*, od której wypadło go odcinać nożem; na szczęście były to zrosty bliznowate, twarde modzelowate, ale bez nacieczeń rakowatych tak, że szczęśliwie udało się usunąć wszystko bez skaleczenia i podwiązania grubych pni biodrowych.

Drugą kategoryją zrostów stanowią zrosty z pętlicami kiszek oraz z innemi trzewami brzusznemi, jak z nerką (Maydl), z wątrobą, z nerką i z dwunastnicą (Czerny) z nerką, wątrobą i pęcherzykiem żółciowym (Czerny). Najczęściéj z guzem zrośnięta bywa kiszka gruba, a mianowicie *colon adscendens* i *transversum* (Riedel, Jones, mój przypadek wtóry), daléj pętlice jelita cienkiego (Durante, Koenig Maydl, Billroth). Zrosty tę są niekiedy tak tęgie i ścisłe, że nie pozostaje nic innego jak wyciąć kawałek zrośnięty z kiszki cienkiéj; Billroth był dwa razy w tem położeniu; obaj chorzy wyzdrowieli; Czerny w czterech przypadkach zmuszony był wykonać podwójną resekcyą kiszki[2]), nie wyszczególnia atoli, czy to było przy operacyi na kiszce ślepéj. W moim drugim przypadku zrost był nadzwyczaj tęgi zapomocą zbitéj twardéj lipochromem przetkanéj tkanki z poprzecznicą, którą jednakowoż udało mi się oddzielić nożem bez wycięcia jéj ściany. U chorego długi czas potem wymacać było można cylindryczne stwardnienie na poprzecznicy, które po roku uległo zanikowi.

Jeszcze bardziéj wikła się operacyja, gdy oprócz zrostów istnieją przetoki między chorą kiszką i pętlicami przyrosłemi, jak to było w jednym przypadku Czernego. Najmniejszego znaczenia są zrosty ze siecią, które należą do najzwyklejszych, w traktowaniu jednak swojem nie przedstawiają żadnych trudności. Natomiast nie mało zachodu sprowadzają przetoki kiszkowe skórne (Kraussold, Thiersch), nacieczenia rakowe w ścianie brzusznéj (Billroth) i rozlane zrosty w połączeniu z ropieniem (mój wtóry przypadek); nie dość, że utrudniają w wysokim stopniu zachowanie aseptyki,

że przez zmatowanie guza ze ścianą przeszkadzają w szybkim oryjentowaniu się i przeciągają operacyję, lecz nadto w razie zajęcia skóry na znaczniejszéj rozciągłości, stają się powodem niemałéj trudności przy zamknięciu jamy brzusznéj; cienkie, słabo odżywiane, a nadto naciągnięte brzegi skóry w moim przypadku uległy zgorzeli, przedłużając bardzo znacznie gojenie i wpływając w ujemny sposób na leżącą pod niemi zeszytą kiszkę. Najgorsze powikłanie stanowi ślepa przetoka i ropienie za kątnicą, przy którem nieuchronnie następuje zakażenie rany, jak to było w jednym przypadku Czernego.

Wogóle na 29 przypadków wycięcia k. ślepéj, o któréj udało mi się zebrać bliższe szczegóły, poważne powikłania w rodzaju zrostów z dołem biodrowym, kiszkami, innemi trzewami lub ze ścianą brzuszną, zanotowano w 9 przypadkach.

Kiszka zmieniona wycięta, tkanki zwyrodnione usunięte — pierwsza część operacyi dokonana. Pozostaje obecnie pytanie, co robić z końcami przeciętéj kiszki. Na to pytanie istnieją w literaturze skrajnie rozchodzące się odpowiedzi, wytwarzając różnicę poglądów, zdaniem mojem, dziś przynajmnéj nieuzasadnioną. Rozstrzygnięcie tego pytania posiada pierwszorzędną doniosłości, dlatego zatrzymamy się nad niemi nieco dłużéj, niż nad innemi punktami tematu. Najprostszem i najnaturalniejszem rozwiązaniem jest z e s z y c i e przeciętéj kiszki (enterorhaphia). Zaledwie potrzebuję podnosić oczywiste zalety téj metody, która pozwala na zamknięcie jamy brzusznéj i sprowadza gojenie do kilku tygodni: efekt téj operacyi jest świetny, powrót do sił szybki, a uspokojenie moralne chorego natychmiastowe. W przypadku Bouillyego chory wstał po 15 dniach, w przypadku Suchiera po 17; w przyp. Maydla po 21, w moim pierwszym chory wstał 10 go dnia po operacyi: a wyjechał do domu 20 dnia itd.

Mimo tak świetnego wyniku w oddzielnych przypadkach, wielu poważnych operatorów przemawia za umieszczeniem końców przeciętéj kiszki w ranie brzusznéj, czyli za

utworzeniem sztucznej rzyci (*anus praeternatural.*). Pierwszy Baum [1]), mając do czynienia ze zwężeniem rakowatem kiszki grubéj u człowieka bardzo osłabionego śród objawów *ileus*, nałożył najprzód przetokę kiszkową, a w 38 dni późniéj wyciął rakowaty odcinek, i w ten sposób wskazał najwłaściwszą drogę postępowania w przypadkach, w których do objawów zwężenia przewlekłego przyłączają się objawy ostrego zamknięcia przewodu kiszkowego. Maydl poszedł w tym kierunku nieco daléj, gdyż w jednym przypadku [2]) zwężenia rakowatego kiszki ślepéj, w którym nie było objawów *ileus*, wyciąwszy rakowatą część, wszył oba końce w ranę brzuszną, a w 63 dni późniéj przez powtórną operacyję połączył szwem światła jelita i wpuścił je do jamy brzusznéj. Uzasadnienie takiego postępowania wyłuszczył obszerniéj w innéj pracy o raku kiszki [3]), oraz w klinicznym odczycie [4]) z którego wyjmujemy pogląd autora: Możliwość miejscowéj recydywy po wycięciu raka kiszki czyto z saméj kiszki, czy z gruczołów kreskowych jest bardzo prawdopobną, a tem samem możliwe jest ponowne zwężenie, narażające chorego na powtórną operacyję, polegającą bądź na nowéj resekcyi i zeszyciu kiszki, bądź też na utworzeniu sztucznéj rzyci; w większości przypadków do konieczności téj przyjść może w ciągu pierwszego roku po pierwszéj operacyi. Otóż ażeby téj ewentualności uniknąć Maydl proponuje „w każdym przypadku“ resekcyi kiszki z powodu nowotworu złośliwego oba końce zeszyte ze sobą przyczepami kreskowemi umieścić w ranie brzusznéj. Chorego z rzycią sztuczną pozostawia się do roku, podczas którego ma się ujawnić recydywa miejscowa, lub uogólnienie. Jeśli do tego nie przyjdzie, i chory cieszy się dobrem zdrowiem, wtedy zależeć będzie od wieku, zajęcia, społecznego stano-

---

[1]) *Centralblatt f. Chir.* 1879 str. 169 Nr .11. — [2]) *Ein Beitrag zur Darmchirurgie Wiener med. Presse* 1883 Nr. 13.
[3]) *Ueber den Darmkrebs*, Wien 1883 str. 88. — [4]) *Ueber den gegenwärtigen Stand der Darmchirugie. Klinische Zeit- und Streitfragen* 1888. 10 *Heft* str. 374.

wiska pacyjenta, czy ma się przystąpić do enterorafii. Jeśli wszelako chory nie przywiązuje osobliwéj wagi do uwolnienia go od kalectwa, chirurgowi nie pozostaje nic innego tylko czekać. Pogląd ten bez zmiany powtórzył Maydl na Zjeździe Międzynarodowym [1]) w Berlinie.

W podobny sposób postąpił w jednym przypadku wycięcia rakowatego odcinka z S. romanum Volkmann [2]), nie wyłuszczył jednakowoż powodu, dla czego tak zrobił, wogóle tylko wspomina, że miejscowe stosunki wydały mu się niesprzyjającemi bezpośredniemu połączeniu i zeszyciu końców jelita. W kapitalnéj pracy, obejmującéj obszerne zestawienie 121 przypadków wycięcia kiszki dla rozmaitych wskazań, w téj liczbie 10 z powodu raka, Reichel [3]) rozebrawszy szczegółowo oba sposoby: wycięcie i natychmiastowe zeszycie, oraz utworzenie sztucznéj rzyci, przychodzi do wniosku przychylnego dla téj ostatniéj. Nie innego zdania jest autor powszechnie znanéj, pięknéj monografii o zaparciu kiszek, Treves [4]), który przedstawiwszy wszystkie trudności resekcyi i szwu kiszkowego przy zamknięciu jelit, konkluduje „iż po wycięciu kiszki powinno się zawsze ustanowić czasową sztuczną rzyć, odkładając zeszycie końców do poźniejszego okresu“.

Mógłbym znacznie pomnożyć liczbę cytat, choćbym się nawet ograniczył jedynie do najwybitniejszych prac nad postępowaniem chirurgicznem w przypadkach zamknięcia przewodu kiszkowego. Nie posunęłoby to przecież sprawy ku rozwiązaniu dlatego, że przeważna większość ma na myśli ostre zamknięcia z ich najprzeróżniejszemi przyczynami, powikłaniami, niepewnem rozpoznaniem itd. Pozostawiając kwestyję wyboru operacyi w tych razach na boku, jako zanadto odbiegającą od naszego przedmiotu, ograniczymy się jedynie do zwężeń kiszki ślepéj. Wyżéj już nadmieniło się, iż co się tyczy téj ostatniéj, rozpoznanie nietylko siedliska

---

[1]) *Revue de Chirurgie*, 1890 str. 836. — [2]) *Centralb. f. Chir.* 1883 str. 153. — [3]) *Deutsche Zeitschrift f. Chirur.* 1883. — [4]) *Intestinal Obstrution and its treatment*, 1888, str. 490, str. 492.

zwężenia, ale nawet natury jego nie przedstawia żadnéj trudności w przeważającéj liczbie przypadków. Pod tym względem zwężenia kiszki ślepéj nietylko korzystnie dla chorego i operatora różnią się od wszystkich zazwyczaj ciemnych co do natury swéj zamknięć kiszki cienkiéj, lecz także wyróżniają się od zwężeń i zamknięć pozostałego odcinka kiszki grubéj, między któremi bywają przypadki trudne do rozpoznania z powodu głębokiego i ukrytego położenia w zgięciu wątrobowem, lub śledzionowem, niedostępnem dla dokładnego zbadania. Z chwilą więc, gdy przystępujemy do operacyi przy zwężeniu k. ślepéj, chory nie jest narażony na długotrwałe otwarcie jamy otrzewny, poszukiwanie miejsca zamknięcia, kolejne wydobywanie pętlic z jamy brzusznéj, lub wysunięcia się rozdętych jelit ze wszystkiemi niebezpieczeństwami ochłodzenia i zakażenia. Nie mniéj wyróżniają się zwężenia rakowate i bliznowate kiszki ślepéj swoim przebiegiem, który dostarcza lekarzowi nadzwyczaj cennych wskazówek co do drogi postępowania. Podczas gdy w zwężeniach nowotworowych kiszki grubéj przebieg może być tak skryty, objawy tak nieznaczne, że chory, zwłaszcza niewiele zwracający uwagi na swój stan, prawie nic nie jest w stanie powiedzieć o swojem cierpieniu, i objawy gwałtownego zamknięcia zjawić się mogą tak ostro, tak niespodziewanie, jak przy skręceniu, lub uwięźnięciu wewnętrznem, przy zwężeniu nowotworowem i bliznowatem kiszki ślepéj, o ile wskazuje zebrana przezemnie kazuistyka podobna ewentualność nigdy nie była spostrzeganą. Chory od dawnego czasu cierpi na objawy zwężenia: zaparcie stolca, rozwolnienie, boleści, odbijanie i t. p. Od dość dawna zauważył upośledzenie w odżywianiu, wychudnięcie. Od czasu do czasu objawy te wzmagają się najczęściéj skutkiem błędów w jedzeniu, do stopnia zamknięcia kanału pokarmowego: wtedy przychodzą silne boleści, wymioty, rozdęcie brzucha i brak wypróżnień, słowem rozwija się obraz *ileus*, lecz napad taki nigdy prawie nie dochodzi do stopnia gwałtowności i natężenia innych form zamknięcia *(occlusio)* kanału kiszkowego, a w bardzo wielu przypadkach raka kiszki ślepéj nigdy nie był obser-

wowany. Jeżeli zwrócimy się do zebranéj przezemnie kazuistyki, przekonać się łatwo, że tylko w jednym jedynym przypadku Sacré-Jacobs operacyja była dokonaną w czasie takiego napadu ostrego zamknięcia. Przy zwężeniu więc kiszki ślepéj operator prawie nigdy nie znajduje się w trudnem położeniu, jakie na nieszczęście jest prawidłem w innych formach zamknięcia przewodu kiszkowego: ma on wszelką swobodę działania; do niego należy wybór chwili operacyi, co większa on jest panem położenia, może bowiem chorego przygotować, może stworzyć warunki najkorzystniejsze dla siebie; a więc może oczyścić kanał pokarmowy, opróżnić go z zawartości, do pewnego stopnia zdezynfekować przez podanie łagodnych środków dezynfekcyjnych; jeżeli przyszedł napad ostrego zamknięcia, zazwyczaj może go przeczekać, a przez stosowne postępowanie: opium, okłady ciepłe, kąpiele, głód, wlewanie Hegarowskie, napad usunąć. Co większa, lekarz jest w możności ogólny stan chorego przez uregulowanie dyjety i zalecenie łatwo strawnego jadła znakomicie poprawić, zanim przystąpi do operacyi. I dlatego przy niéj nie mogą spotkać go rozmaite niemiłe powikłania, w rodzaju rozdęcia kiszek, ewentracyi, ciągłych ruchów robaczkowych, wymiotów, zapadu (*collapsus*). To są powody, dla których najkategoryczniéj wskazanem jest po wycięciu chorego odcinka kiszki ślepéj natychmiast przystąpić do jéj zeszycia, jak to robili dwaj tacy chirurgowie jak Billroth i Czerny.

Przy bliższem rozstrząśnięciu upadają też względy, któremi kierował się tyle doświadczony na polu chirurgii kiszkowéj Maydl. Radzi on *po* wycięciu kiszki, a zatem *po* przebyciu tak ciężkiéj i mozolnéj operacyi, niezeszywać, lecz utworzywszy rzyć sztuczną czekać około roku, czy nie wystąpi recydywa miejscowa, lub uogólnienie. Przeciw tem można powiedzieć: jeżeli recydywa nie przyjdzie w ciągu jednego, dwóch, lub więcéj lat, dla czegoż ten chory nie miał cieszyć się zupełnem zdrowiem w ciągu tego czasu, dlaczego musiał nosić swoje wstrętne kalectwo na brzuchu, a swój smutek i złowrogą myśl o groźnéj przyszłości w swéj

duszy? Czy przetoka kanału kiszkowego jest w stanie zmniejszyć pewność recydywy miejscowéj? W razie rozpowszechnienia raka (*generalisatio*) obojętnem pozostaje, czy chory ma rzyć sztuczną, czy też miał dokonaną enterorafiję. W razie recydywy miejscowéj i ponownego zwężenia po doraźnem kiszki zeszyciu grozi mu wprawdzie operacyja powtórna, lecz ona niewiele co będzie cięższą od enterorafii, jaka zawisła nad chorym z rzycią sztuczną. Zresztą, o ile wskazuje kazuistyka, recydywa najczęściéj następuje w kresce, z gruczołów chłonnych, lub też chorzy mrą z charłactwa rakowatego wywołanego przez upowszechnienie nowotworu w gospodarstwie ustroju. Mało gdzie na innych organach jesteśmy wstanie bezkarnie dla chorego prowadzić cięcie tak daleko od granic nowotworu, jak w kiszce, a przez to samo znakomicie zmniejszyć prawdopodobieństwo recydywy miejscowéj w saméj ścianie jelita, zaczem idzie, że i prawdopodobieństwo zwężenia w przyszłości również się zmniejsza. Brak nam jest, co prawda, wiadomości dalszych o losach i zejściu chorych, którzy wyzdrowieli po wycięciu i zeszyciu kiszki z powodu raka, w jednym wszelako razie znajdujemy w kazuistyce wzmiankę, że choremu po téj operacyi zrobiono anastomozę z powodu ponownego zwężenia. W razie recydywy miejscowéj stan ogólny zazwyczaj bywa podkopany tak głęboko, iż niewarto jest robić żadnéj powtórnéj operacyi, choćby miejscowe warunki były jeszcze sprzyjającemi dla niéj.

Whitehead i inni odradzają znowu po wycięciu kiszki pierwotnéj enterorafii z obawy, żeby kał nie przedostał się do jamy otrzewnéj. Jak widzimy, jestto kwestyja dokładności i wytrzymałości szwu kiszkowego, która zarówno zjawia się przy enterorafii pierwotnéj, jak i przy następczéj, gdy przyjdzie chwila usunięcia sztucznéj rzyci: a powtarzamy, w większości przypadków chory przy raku k. ślepéj może być tak dobrze przygotowany do operacyi, że przewód pokarmowy bywa pustym. Z drugiéj strony choć Whitehead w swoim przypadku wykonał rzyć sztuczną, chory zmarł z zapalenia otrzewny.

Statystyka, jaką przytacza Hahn na korzyść *anus praeternaturalis*, jest tak szczupłą, że nie może przeciwważyć korzyści enterorafii doraźnéj. I nasze zestawienie nie jest obszerniejsze, wszelakoż dotyczy jednolitego materyjału, dlatego ośmielamy się je przytoczyć: 28 przypadków resekcyi, w 8 nałożono rzyć, z tego zmarło 4, gdy z pomiędzy 20 chorych z enterorafiją pierwotną zmarło 6. Zresztą przywiązuję niewielką wagę do cyfr małych, — śmierć bowiem w obu grupach wyjątkowo tylko nastąpiła z winy téj lub innéj metody operacyjnéj, najczęściéj zaś zależną była od innych przyczyn ubocznych; i tak weźmy chorych operowanych z rzycią:

W przypadku Whiteheada chora zmarła 18-go dnia po operacyi z zapalenia otrzewnéj; w dole biodrowem znaleziono zbiornik ropy.

W przyp. Sacrégo śmierć nastąpiła z ostrego zakażenia i z zapadu (*collapsus*).

W przypadku Trombetty chory zmarł 16-go dnia po operacyi z zapalenia otrzewnéj, powstałego skutkiem pęknięcia kiszki.

W przypadku Koeniga śmierć nastąpiła z zapalenia otrzewnéj 4-go dnia po operacyi, powstałego skutkiem zgorzeli kiszki grubéj odartéj z kreski.

Pomijając przypadek Sacrégo, którego chory był operowany w czasie napadu ostrego zamknięcia i wedle powszechnie przyjętych zasad nie powinien był być poddany resekcyi, pozostali chorzy zmarli z zapalenia otrzewnéj, którego nie można wprowadzić w związek przyczynowy z utworzeniem rzyci, przynajmniéj w przypadkach Koeniga i Trombettyr

Przechodząc do przypadków, które się zakończyły niepomyślnie po doraźnéj enterorafii, widzimy, że:

W przypadku Kraussolda śmierć nastąpiła w dwie godziny po operacyi, bardzo ciężkiéj z powodu zrostów z wielkiemi naczyniami i przetoki kałowéj.

W przypadku Thierscha chory zmarł z zapalenia otrzewnéj na drugi dzień po operacyi, która była mozolną z powodu przetok i owrzodzeń gruczołów chłonnych.

W przypadku Czernego operacyja trwała 4 godziny, chory zmarł z utraty sił; musiano wyciąć część dwunastnicy z powodu połączenia jéj z kiszką ślepą, obszerne zrosty z innemi trzewami.

W przypadku Billrotha 4-go dnia po operacyi wystąpiły objawy niedrożności, a choć zrobiono sztuczną rzyć, chory zmarł 7-go dnia po operacyi; ważny ten przypadek nie może być należycie oświetlony z powodu braku sekcyi.

W przypadku Jonesa śmierć nastąpiła 3-go dnia po operacyi z zapalenia otrzewnéj.

Nakoniec w drugim przypadku Czernego śmierć była następstwem zapalenia otrzewnéj powstałego skutkiem zgorzeli brzegów kiszki w linii szwu.

A więc co najwyżéj w trzech ostatnich przypadkach obwinićby można było samą metodę, gdyby nie okoliczność, że w ostatnim z przytoczonych tu przypadków, chory uległ jednocześnie wycięciu nerki i operacyja była bardzo ciężką zpowodu obszernych zrostów, a co najważniejsza, że już w czasie operacyi przy oddzieleniu guza w okolicy mięśnia *ileopsoas* natrafiono na ropień, który prawdopodobnie niemało przyczynił się do niepomyślnego zejścia. Jeżeli porównamy przypadki zakończone śmiercią po jednéj i po drugiéj operacyi, po utworzeniu sztucznéj rzyci, i po enterorafii doraźnéj, przekonamy się, że te ostatnie były bez porównania trudniejsze, i że opuszczenie w nich aktu zeszycia kiszki oprócz skrócenia czasu trwania operacyi, w niczemby nie ułatwiło innych aktów, gdyby nawet zdecydowano się w nich zrobić rzyć sztuczną zamiast zeszycia przeciętego jelita. Okoliczność, że w przypadku Billrotha śmierć nastąpiła skutkiem niedrożności, a w przypadkach Jonesa i Czernego skutkiem puszczenia szwu, nie przemawia bynajmniéj przeciw enterorafii doraźnéj, świadczy tylko o niedokładności i niepewności dotychczasowych metod szycia, ta sama bowiem ewentualność mogła spotkać chorych gdyby, wedle rady Maydla, przeczekawszy rok po resekcyi kiszki, poddali się zeszyciu kiszki następowemu z powodu sztucznéj rzyci.

Długość wyciętéj części kiszki nie miała, sądząc z zebranéj kazuistyki, żadnego wpływu na zejście: z jednéj strony spotykamy przypadki, w których wycięto 16 (Bouilly), 17 (Czerny), 20 (Suchier), 23 (Hofmokl) 25 cm. (Bergmann) zakończone wyzdrowieniem, podczas gdy z drugiéj niebrak przykładów, iż po wycięciu daleko mniejszych odcinków operacyja zakończyła się niepomyślnie. Natomiast okoliczność ta może wpłynąć stanowczo na wybór operacyi, gdy po rozległem wycięciu okazać się może zeszycie doraźne końców jelita niepodobnem do wykonania.

Z pomiędzy zebranych tu przypadków resekcyi k. ślepéj ewentualność ta zaznaczoną jest w przypadku Koeniga, lecz dawniéj już zanotowaną jest w wielu obserwacyjach z wycięcia innych kiszek (Schede: *Berliner klin. Woch.* 1878 Martini: *Zeitschrift f. Heilkunde* 1880 i inni). Zrozumiałem jest, iż nietyle sama długość wyciętéj kiszki zmuszała operatora do wszycia obu końców w ranie brzusznéj, ile ich utwierdzenie, niepozwalające na swobodne przesunięcie i spojenie. W tych razach postępowano dwojako: albo wszywano oba końce w ranie brzusznéj, albo obwodowy zaszywano i wpuszczano do jamy otrzewnéj. Oba te sposoby są równie fatalne dla chorego, skazują go bowiem na dożywotnią przetokę kałową.

Ostatnie dopiero czasy, ośmielone powodzeniem, opartem na aseptycznéj metodzie, wskrzesły Maisonneuveowską anastomozę kiszek, i dały w rękę chirurgowi środek obejścia wstrętnego kalectwa. Zastanowimy się obecnie nad nią jako nad trzecią konkurencyjną metodą (obok enterorafii doraźnéj i rzyci sztucznéj), wstępującą w swoje prawa po resekcyi chorego kawałka jelita.

Wiadomo, że pierwszy pomysł w przypadkach nieprzezwyciężonych trudności operacyjnych połączenia ze sobą pętlic powyżéj i poniżéj przeszkody, celem utorowania nowego koryta dla zawartości kiszkowéj z ominięciem zawady, należy się Maisonneuveowi [1]), który w 1841 r. podał do wiadomości

[1]) *Gazette des Hôpitaux*. 1841. str. 168—204.

nową operacyję, mającą na celu obejście przeszkody siedzącéj na zastawce Bauhina, zapomocą nacięcia kiszki cienkiéj i wszycia górnego jéj końca w kiszkę grubą poniżéj przeszkody. Robert, Malgaigne i Chassaignac podnieśli przeciw operacyi nazwanéj colenterostomia ciężkie uzasadnione zarzuty; to też we Francyi, oprócz Maisonneuvea, który w roku 1854 [2]) wykonał ją dwa razy z niepomyślnem zejściem, nie znalazła zwolenników. Operacyja ta, zarówno jak doświadczenia Maisonneveua na psach, oraz liczne doświadczenia Hakena pod kierunkiem Adelmanna dokonane w kilka lat późniéj (1861), dowodzące wykonalności operacyi, poszły w zupełne zapomnienie. Dopiero od czasu, gdy Billroth w r. 1883 wykonał ją w przypadku zwężenia bliznowatego kiszki ślepéj, weszła na nowo na porządek dzienny. Billroth odrazu postawił kwestyję w właściwy sposób, a mianowicie, że w przypadkach zwężenia kiszki, w których po dokonanéj laparotomii okazuje się, iż resekcyja niemożliwą jest z powodu rozległych zrostów, zamiast sztucznéj rzyci wskazane jest spojenie kiszki powyżéj przeszkody z pętlicą poniżéj tejże się znajdującą. Wölfler okazywał preparat otrzymany przez Billrotha na Zjeździe Chirurgów w r. 1883 i nadał operacyi szerszy rozgłos.

W 1887 r. w sekcyi chirurgicznéj IX-go Zjazdu Międzynarodowego w Washingtonie czytał Senn (z Milwaukee) swoją wielkiéj doniosłości pracę doświadczalną nad chirugiją kiszek [1]). Praca ta oparta na 150 operacyjach na zwierzętach, szeroko pomyślana, i dotykająca najrozmaitszych stron przedmiotu, miała zasłużony rozgłos i dała impuls do całego szeregu prac doświadczalnych, rozwijających lub udoskonalających metody autora, — jak Caponotty [2]), Brokawa [3]), Reichela [4]), Davisa [5]).

---

[1]) *Gazette des Hopitaux* 1854. str. 76. Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa Chirurgicznego.

[2]) *An experimental contribution to intestinal Surgery with special reference to the treament of intestinal obstruction Annals of Surgery* 1888. T. VII. — [3]) Streszczenie w *Ctbl. f. Chirurgie* 1890 str. 150. — [4]) Tamże str. 511. — [5]) Tamże str. 542. — [6]) Tamże str. 783.

Ręka w rękę z doświadczeniami mnożą się operacyje na człowieku. Hacker [1]) ogłasza dwie pomyślne ileokolostomije, w jednym przypadku z powodu cylindrycznego zwężenia kiszki ślepéj, w drugim z powodu stryktury rakowatéj powstałéj skutkiem recydywy po wycięciu kątnicy przed $1^1/_2$ rokiem. W. Meyer (z New Yorku) [2]) połączył *colon ascendens* z *colon transversum* z powodu raka *flexurae hepaticae*; Abbe [3]) wykonał spojenie poprzecznicy z okrężnicą wstępującą przy raku *flexurae hepaticae*; Wahl [4]) zaś połączenie między poprzecznicą i *s. romanum*; Riedel [5]) w krótkiéj notatce wspomina o trzech anastomozach z powodu gruźlicy i raka k. ślepéj wykonanych w ciągu jednego roku. Senn [6]) w *Journal of the American medical Association* zdawał sprawę z dwóch resekcyj k. ślepéj z następowem spojeniem (*ileo-colostomia*).

Spojenie kiszek znalazło zastosowanie w chirurgii przy rozmaitych wskazaniach; nietylko przy zwężeniach nowotworowych i zapalnéj natury, lecz także przy krętych, rozgałęzionych i licznych przetokach, w modzelowato zmienionéj ścianie brzusznéj i w dole biodrowym, które czynią wycięcie kiszki operacyją albo bardzo długą i niebezpieczną, albo wprost niemożliwą (Hacker, Salzer), przy *anus praeternaturalis* (Hacker, Caponotto), przy ranach postrzałowych (Hacker), w przepuklinach, gdzie jest podejrzenie zgorzeli (Helferich [7]). W niniejszéj pracy dotknąć możemy jedynie wskazań enteroanastomozy przy zwężeniach wskutek spraw nowotworych i zapalnych, prowadzących do wytworzenia guzów.

---

[1]) *Wiener klinische Wschrft.* 1888 Nr. 17 i 18. — [2]) Przytoczony w *Greig Smith' Abdominal Surgery.* 3 wydanie str. 489. — [3]) *Centralblatt für Chirurg.* 1889. str. 847. — [4]) *St. Petersburger med. Woch.* 1889. Nr. 24. — [5]) *Centralblatt. f. Chir.* 1889 str. 288. — [6]) Streszczenie niedostateczne w *International Journal of the medical sciences* 1890. T. II str. 413.

[7]) *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir.* XX. Congress, 1891 str. 121.

Spojenie kiszek nie stanowi, właściwie mówiąc, operacyi konkurencyjnéj dla resekcyi + enterorafii. Ideałem w każdym przypadku będzie złe usunąć, a końce kiszki odrazu ze sobą zeszyć; dopiero gdy jedno lub oba z tych usiłowań okażą się niemożliwemi, wtedy anastomoza kiszek wchodzi w swoje prawa, jako operacyja, mająca zupełnie usunąć z obrębu chirurgii rzyć sztuczną. Chociaż niebrak wśród największych powag, dowodem czego Paget, Billroth [2]), chirurgów, którzy są przekonania, że uleczenie radykalne raka jest niemożliwe, przecież wątpię, aby się kto znalazł, ktoby na téj podstawie doradzał i w lżejszych technicznie przypadkach, nadających się do resekcyi i zeszycia, zamiast nich anastomozy; owszem właśnie Billroth jest zdania, że ze względu na dobro chorego, nie należy cofać się choćby przed najcięższą operacyją; dla tego też zdaje mi się, iż anastomoza kiszek, choć względnie lżejsza, nie powinna znaleść zastosowania w żadnym przypadku, w którym możliwą jest resekcyja + enterorafija.

Na odwrót wręcz odmiennie przedstawia się rzecz, gdy się zestawia anostomozę z rzycią sztuczną: tutaj utrzymać należy zdanie Senna [3]), który słusznie powiada, że utworzenie sztucznego odbytu przy leczeniu zamknięć kiszki należy wykonywać jedynie w przypadkach, w których ciągłość kanału kiszkowego nie może być przywróconą za pomocą kiszkowéj anastamozy. Ta ostatnia może być wykonaną albo sama przez się bez resekcyi kiszki w przypadkach, jeżeli wyciąć chorobowo zmienionéj kiszki nie można, lub wycięcie choć technicznie i możliwe, lecz przez wzgląd na stan ogólny chorego jest niebezpiecznem (punkt wyjścia do anastomozy dla Maisonneuvéa, Adelmanna, Hackera, Billrotha itd.), albo po dokonanéj resekcyi, gdzie atoli zeszyć końców kiszki już spowodu wycięcia zbyt dużego odcinka, już też z powodu nieruchomości końców niepozwalających na zbliżenie i dopasowanie bez naciągnięcia, zagrażającego pewności szwu (Senn, eza 23 l. c.), a zatem w przypadkach podobnych tym, gdzie

---

[2]) Głos na Zjeździe międzynar. w Berlinie, według Sprawozdania *Revue de Chirurgie*. — [3]) l. c. teza 24ta.

Schede, Martini, Koenig i inni zrobili odbyt sztuczny z musu, nie mogąc dokonać enterorafii.

Określiwszy w ten sposób wzajemny stosunek entororafii, sztucznéj rzyci i anastomozy kiszkowéj, przechodzę obecnie do niektórych stron technicznych tych trzech operacyj.

1. *Resectio + Enterorrhaphia. a)* Powiedzieliśmy wyżéj, iż przy raku pożądanem jest wycinanie nietylko saméj kiszki, lecz także i odnośnéj kreski, zawierającéj w sobie gruczoły i naczynia chłonne zakażone przez nowotwór, a to celem uniknięcia lub przynajmniéj opóźnienia recydywy. Brak w kresce najlepiéj jest zaszyć szwem węzełkowym, lub ciągłym. Niektórzy jak Bouilly otworu nie zaszywali, obawiając się, aby w szew nie wziąć naczyń krwionośnych samego brzegu końców przeciętéj kiszki. Obawa ta o tyle jest uzasadnioną, że przy szyciu powinno się zajmować jak najmniéj tkanki kreski, unikając zajęcia w szew widocznych naczyń, i w ogóle nie szyć na ślepo. Natomiast szew oddaje przedewszystkiem tę usługę, że ze swéj strony zapobiega rozciągnięciu się zeszytych końców, ubezpiecza zatem szew kiszkowy, a w przyszłości zapobiega możliwemu wślizgnięciu się jelita w pozostawiony otwór w kresce.

b) W przeważnéj liczbie przypadków autorowie zaznaczają, iż nie mieli żadnych trudności w dopasowaniu świateł. Skutkiem długiego trwania zwężenia k. cienka ponad przeszkodą ulega rozszerzeniu niekiedy bardzo znacznemu, tak iż światło jelita biodrowego nie różni się od kalibru kiszki grubéj wstępującéj. Co większa w jednym ze swoich przypadków Maydl znalazł kiszkę cienką tak rozszerzoną, iż zmuszony był wyciąć z pierwszéj jeszcze 7 ctm., aby zyskać żądaną równość świateł. Gdzie zachodzi stosunek odwrotny, radzić sobie należy w sposób wypróbowany przy resekcyi odźwiernika, a zatem albo przez skośne obcięcie k. biodrowéj, jak zrobił Czerny, albo przez wycięcie klina z kiszki grubéj, jak postąpił Billroth. t. z. *Zwickelbildung*, albo kombinując oba te sposoby, jak sobie radzili Bergmann i Hofmokl. Jeśli dobrze zrozumiałem Senna, to autor ten radzi uciekać się do anastomozy we wszystkich przypadkach, gdzie entero-

rafija niemożliwą jest z powodu różnicy w wielkości świateł końców kiszki. Trudno się zgodzić na to wskazanie, sposoby nowiem, jakich użyli Billroth, Bergmann, Czerny i Hofmokl nietylko złemu zaradziły, lecz dały wyśmienity rezultat, bo wyzdrowienie niczem niezakłócone.

Natomiast w obu swoich przypadkach natrafiłem na inną trudność przy szyciu, wynikającą z nadzwyczajnéj cienkości ściany k. grubéj poniżéj przeszkody. Doświadczenia Senna wykazują, jak szybko, gdyż już w 33 dni (doświadczenie 71) a nawet w 18 dni (doświadczenie 73) po wykluczeniu pewnéj części jelita (*Ausschaltung*), to ostatnie znajdował zanikłem. Przy długiem, niekiedy całe lata trwającem zwężeniu, ściana kiszki poniżéj przeszkody staje się nadzwyczaj cienką, tak że nakładanie szwu piętrowego jest bardzo utrudnionem; w moim drugim przypadku ściana k. cienkiéj była tak grubą i niepodatną, jak ściana odźwiernika, gdy tymczasem ściana kiszki grubéj była ścieńczała i przy szyciu nawijała się, wpochwiała na pierwszą.

c) W kilku przypadkach po resekcyi kątnicy przekonał się Billroth, iż po przyszyciu w zwykły sposób kiszki biodrowéj do okrężnicy wstępującéj, następowało załamanie kanału kiszkowego pod kątem *(Knickung)*, które w dwóch przypadkach było powodem całkowitego zamknięcia światła kiszki. Dla uniknięcia podobnéj ewentualności Billroth [1]) zmodyfikował przyłożenie kiszek w ten sposób, że zaszywa zupełnie przeciętą okrężnicę, a koniec k. biodrowéj wszywa w podłużne cięcie umyślnie na to zrobione w okrężnicy; w ten sposób naśladuje stosunki naturalne, gdyż k. biodrowa łączy się tak samo pod kątem prostym z okrężnicą wstępującą, jak przedtem z k. ślepą. Sposób ten stanowi przejście do anastomozy kiszkowéj, i w odpowiednich przypadkach powinien być uwzględniony. Połączeniem kiszki biodrowéj z grubą po dokonanéj resekcyi zajmował się wiele Bassini [2])

---

[1]) *Centralblatt f. Chir.* 1889. S. 929. — [2]) Sprawozdanie z VI Zjazdu Chir. włoskich. *Wiener med. Presse* 1889. Nr. 21.

który ostatecznie podaje, że najwłaściwsze są dwa następujące sposoby: albo podobnie jak w modyfikacyi Billrotha zamyka się wolny koniec *coli* jako ślepy worek, a w podłużnem cięciu jego umieszcza się i wszywa *ileum*, albo tworzy się rodzaj wpochwienia k. biodrowéj w kiszkę grubą. Tę ostatnią metodę Bassini wypróbował na trupach i na psach i zdaniem jego jest lepszą od pierwszéj, gdyż u psów daje dobry wynik w tydzień. W najnowszym czasie operacyję tę wykonał z powodzeniem i na człowieku.

d) Nie mam zamiaru wdawać się w rozbiór rozmaitych rodzai szwu kiszkowego, który to przedmiot wielokrotnie i gruntownie był poruszany; chcę tylko zauważyć, że nie miałem sposobności przekonać się o wartości praktycznéj modyfikacyj wprowadzonych przez Senna. Przy wielokrotnych operacyjach na kiszkach i żołądku trzymałem się stale szwu Lambert-Czernego cieniutkim jedwabiem i nie miałem powodu żałować tego, chociaż przyznaję, iż to jest część operacyi bardzo zmudna. Koenig (l. c. str. 917) przemawia również za zwykłemi sposobami szycia, uważając „*alle Künsteleien*“ do połączenia kiszki za zupełnie zbyteczne. Salzer przyznaje, iż przy Sennowych *bone plate sutures* zyskuje się wiele na szybkości, wszelako przy operacyjach na człowieku ma wyższość szew Czernego i Wölflera, gdyż pozwalają na pewniejsze dopasowanie (*adaptatio*) oddzielnych warstw ściany kiszkowéj.

e) Zeszytą kiszkę uwalniamy od ucisku palców asystenta, lub od zaciskadeł, podwiązek elastycznych, pasków gazy jodoformowéj i t. p. środków, które miały na celu powstrzymanie wypływu zawartości, a starannie obmywszy wprowadzamy do jamy otrzewnéj, pozostawiając ją pewien czas w spokoju, poczem jeszcze raz wyjmujemy, dla ostatecznego obejrzenia, czy ściana jéj w okolicy szwu posiada cechy żywotności. Zazwyczaj już podczas szycia kropelki krwi sączące się z każdego ukłucia świadczą, że szyta tkanka jest żywą. Jeśli końce kiszki były mocno zaciśnięte, dopiero po zdjęciu zaciskadeł lub podwiązek ustala się krwiobieg

w zaszytych częściach, nabierają różowego koloru oraz pewnéj właściwéj jędrności, szczególniéj gdy zeszyta pętlica odprowadzoną została do jamy otrzewnéj, gdzie warunki krążenia powracają do normy, z powodu, że ustaje naciągnięcie kreski, względnie jéj naczyń, naciągniętych podczas przebywania kiszki na zewnątrz jamy brzusznéj. Obawa zakażenia otrzewnéj przez wydostanie się zawartości kiszkowéj, czy to skutkiem zgorzeli części ściany pozbawionéj dopływu krwi, czy to skutkiem obumarcia przez zbyt gęste nałożenie szwów lub przez zbyt silne ich ściągnięcie przy wiązaniu, czy też skutkiem przesiąknięcia zawartości między szwami, czy wreszcie przez puszczenie jakiego szwu, który przeciął ścianę kiszki, zanim nastąpiło dostatecznéj wytrwałości sklejenie tkanek jest źródłem szeregu propozycyj, mających na oku zapobieżenie téj fatalnéj ewentualności. Ideałem pozostanie zawsze wpuszczenie zeszytéj kiszki i zaszycie zupełne cięcia w ścianie brzusznéj; ideał ten osiągnięto w wielu razach, jak świadczy zebrana kazuistyka; nie zawsze jednak jest on do osiągnięcia możliwy, lub pożądany. Najprzód przedstawiają się przypadki podobne mojemu drugiemu, gdzie zamknięcie jamy otrzewnéj okazuje się niemożebnem z powodu wycięcia dużego odcinka ściany brzusznéj; zeszyłem ja wprawdzie płaty skóry, lecz rogi płatów skutkiem cienkości i zbytniego naprężenia uległy zgorzeli. Thiersch nie mógł zaszyć rany brzusznéj również z powodu zbyt znacznego braku. Lecz pomijając nawet te wyjątkowe przypadki, sądzę, że w pewnych razach bezpieczniéj jest pozostawić pewną część rany brzusznéj otworem, a przez wprowadzenie drenu, lub, co bez porównania lepiéj, pasków gazy jodoformowéj, zapewnić odpływ na zewnątrz wydzielinie, któraby w przeciwnym razie dostać się musiała do jamy otrzewnéj. Tego rodzaju drenowanie za pomocą pasków gazy jodoformowéj właściwem wydaje mi się w przypadkach, gdzie przyszło pokonywać obszerne zrosty z powięzią dołu biodrowego, gdzie uległ przecięciu i podwiązaniu moczowód, gdzie z powodu niemożebności wydobycia guza z rany na zewnątrz, operacyja musiała odbywać się w jamie otrzewnéj,

gdzie istniały przetoki, lub ropnie po za guzem, w ogóle gdzie operacyja nie szła gładko i powikłana była niepożądanemi wydarzeniami.

Wielokrotne spostrzeżenia w przypadkach owaryotomii, gdzie po zdjęciu szwów, pod wpływem kaszlu lub niespokojności chorój, rozkleiły się brzegi rany brzusznéj i pętlice kiszek wypadły z jamy otrzewnéj, pouczają, iż pętlica jelita może pozostawać czas pewien nazewnątrz jamy otrzewnéj, a potem bez niebezpieczeństwa być do niéj odprowadzona. Dla zapobieżenia zakażeniu otrzewnéj w razie puszczenia szwu, umieszczenie zeszytéj pętlicy na zewnątrz rany brzusznéj byłoby rownież odpowiedniem, gdyby nie przeciwważyły tego liczne ujemne strony jak załamanie pod kątem (*Knickung)*, przypadające właśnie na miejsce zeszyte, a stąd naprężenie zeszytych tkanek, daléj utrudnienie dopływu i odpływu krwi przez nacisk rany brzusznéj, obniżające żywotność tkanek a tem samem dzielność sprawy zrastania. Maydl [1]), a za jego przykładem R. Weir [2]) radzą następującego sposobu, który usuwa większość stron ujemnych, zapewniając mimo to na zewnątrz drogę zawartości kiszkowéj w razie zawodu ze strony szwu. Pozostawia się ranę brzuszną otworem, ażeby zaś przeszkodzić możliwemu sklejeniu warg, obrąbia się je listkiem ściennym, lub trzyma w oddaleniu jeden od drugiego za pomocą wrowadzenia między nie gazy jodoformowéj. Na dnie rany umieszcza się zeszyte miejsce kiszki, która spoczywając na stałéj podstawie dołu biodrowego i posiadając bardzo krótką kreskę, lub wcale jéj pozbawiona (*c. ascendens*) nie ma żadnéj dążności do wśliźnięcia się daléj w jamę brzuszną i do oddalenia się od rany brzusznéj. W ten sposób można przeczekać, póki nie okaże się, iż zrośnięcie końców kiszki już nastąpiło, poczem zeszywa się ranę brzuszną szwem wtórnym. Pozostawiając część lub całą ranę brzuszną otworem, nie ma się tu czego obawiać wypadnięcia trzew,

---

[1]) *Beitraege zur Darm-Chirurgie* 1885. *Allg. Wiener med. Zeitung. Separat Abdruck* str. 15. — [2]) *Resection of the large intestine for carcinoma Annals of surgery*. 1886. T. III. str. 475.

z powodu że w razie pomyślnego przebiegu brzuch pozostaje małym, ściana nie napiętą, że wreszcie przez nacisk bandaża i opatrunku można zapobiedz wypadnięciu jelit.

Mimo swojéj prostoty uciekać się należy do téj drogi postępowania jedynie w przypadkach wyjątkowych, gdzie czy to skutkiem wycięcia zbyt dużego odcinka jelita istnieje pewne naprężenie zeszytych końców i kreski, czy też istnieje niepewność co do ich żywotności. Tegoż samego zdania jest Greig Smith [1]).

W przypadkach, gdzie wskazanem jest drenowanie jamy brzusznéj, wprowadzona gaza w charakterze drenu, będzie zarazem pełniła rolę przewodnika dla zawartości kiszkowéj nazewnątrz w razie puszczenia szwu, należy wtedy miejsce zeszyte umieścić naprost otworu pozostawionego w ranie brzusznéj tak, aby paski gazy dochodziły do linii szwu.

Doradzając wyżéj wycięcia i enterorafii doraźnéj, a teraz wpuszczenia zeszytéj kiszki i zamknięcia całkowitego jamy brzusznéj jako prawidła i dopuszczając odstąpienia od niego tylko w wyjątkowych razach, opieram się z jednéj strony na idealnie pomyślnych wynikach, jakie osiągnęli Czerny, Gussenbauer, Bergmann, Bouilly, Durante i ja w pierwszym przypadku, z drugiéj na pewnych konsyderacyjach, przemawiających za tym sposobem postępowania. Nie należy zapominać, jak wielka zachodzi różnica między enterorafiją k. cienkiéj z powodu zgorzeli pętlicy, a znowu k. grubéj z powodu nowotworu lub bliznowatego zwężenia. Przy tym ostatnim większa część warunków, zmniejszających pewność szwu, sprowadzoną jest do minimum; nie ma zapalenia otrzewnéj, którego początkowe okresy tak często spotyka się przy zgorzeli kiszki; przecina się kiszkę w zdrowych częściach, brzegi więc są zdolne do plastyki, nie upośledzone w odżywieniu; jama przewodu pokarmowego może być opróżnioną, nie ma więc rozdęcia kanału, naprężenia ściany i rozciągnięcia szwu, a tem samem wciskania się zawartości kiszkowéj między zeszyte brzegi; nakoniec operowana kiszka

[1]) *Abdominal Surgery. 3 edition* str. 487.

leży ekscentrycznie od jamy brzusznéj i może być do pewnego stopnia od niej odosobnioną tak, że utworzenie się przetoki kiszkowéj nie sprowadza wylania się zawartości do jamy otrzewnéj, lecz najczęściéj na zewnątrz, jak było w moim drugim przypadku, oraz w przypadku Bouillego. Kierując się tą samą myślą Senn [1]) zaleca przyczepienie zeszytego odcinka za pomocą szwu kresko-otrzewnowego w okolicy biodrowo-kątniczéj. W dwóch tylko przypadkach śmierć nastąpiła, między innemi przyczynami i skutkiem wylania się zawartości kiszkowéj do jamy otrzewnéj (Czerny, Jones); i dla tego w każdym przypadku pożądanem jest umieszczać zeszyty odcinek kiszki naprost rany brzusznéj; gdy ta ostatnia zrobioną była ponad więzem Pouparta, zeszyta pętlica będzie się znajdowała w zetknięciu ze ścianą brzuszną i z dołem biodrowym, zdala od innych pętlic, a przez to możliwość zakażenia otrzewnéj jeszcze bardziéj się zmniejszy.

2) *Resectio + Anus praeternaturalis* nie wymaga bliższego roztrząśnięcia pod względem technicznym. Chciałem tylko zwrócić uwagę na jeden punkt bardzo ważny, ponieważ, nawet przy tak szczupłéj kazuistyce, dwa razy odegrał ważną rolę, a tem jest zgorzel wszytych w ranę końców przeciętéj kiszki. W przypadku Koeniga uległa zgorzeli kiszka gruba wszyta w ranę; zwięzłość opisu nie pozwala na wysnucie jakichbądź wniosków; zanotowane jest tylko, iż powodem zgorzeli było obnażenie jéj z kreski; szew kiszkowy był niemożliwy. Natomiast Riedel, wyciąwszy część ilei, *coecum*, całe *colon adsc.* i część c. *transversi* mógł był zbliżyć i zeszyć końce kiszki, lecz nie zrobił tego z obawy zgorzeli przez naciągnięcie kreski mocno zmaltretowanéj przez liczne obkłucia *en masse*; dla zmniejszenia naprężenia kiszki wszył *ileum* w dolnem c. *transversum* w górnym kącie rany; a mimo to nastąpiła zgorzel obu końców; chory mimo to wyzdrowiał. Przypadki te świadczą, iż nałożenie sztucznéj rzyci nie wyklucza możności zgorzeli

---

[1]) *Theinternational Journal of the med. Sciences.* 1890, T. II. str. 413.

końców i dla tego w podobnych razach należy bezwarunkowo pierwszeństwo dać anastomozie kiszkowéj, która pozwala obciąć jeszcze więcéj z obu końców, tak aby cięcie napewno wypadło w częściach należycie ukrwionych. Jasnem jest, iż o ile *ileum* i poprzecznica nadają się do wszycia w ranę brzuszną, o tyle *colon adsc. i flexura hepatica* mogą przedstawiać znaczne trudności.

3) *Entero-anastomosis* jest metodą bardzo młodą i dopiero dalsze spostrzeżenia kliniczne są w stanie rozwiązać cały szereg pytań, które wyłoniły się czy w toku dokonanych już operacyj, czy też wskutek doświadczeń wykonanych na zwierzętach. Dotychczas przeważnie dokonywaną była sama przez się bez uprzedniéj resekcyi kiszki, jednakowoż rozciągniętą być może i być powinna na te przypadki wycięcia, w których niepodobna końców kiszek zbliżyć i połączyć szwem z powodu zbyt znacznego naciągnięcia.

A) Spojenia kiszek bez uprzedniéj resekcyi istnieje kilka sposobów, a mianowicie:

Najdawniejszy sposób Maisonneuvea, według którego pętlicę kiszki cienkiéj powyżéj przeszkody spaja się z kiszką grubą poniżéj téj ostatniéj.

Sposób Hakena, wedle którego nacina się na poprzek pętlicę kiszki cienkiéj i oba jéj końce, niezupełnie zatem przeciętéj, wszywa się w ranę boczną poprzecznicy wstępującéj [1]).

Sposób Senna t. z. *Ileo-colostomy by implantation* [2]): przecina się *ileum*, poczem koniec obwodowy zamyka się szwami i wpuszcza do jamy brzusznéj; następnie robi się cięcie podłużne wielkością odpowiadające światłu kiszki biodrowéj w ścianie *coli adsc.* przeciwległéj przyczepowi kreskowemu i w ranę tę wszywa się odśrodkowy koniec k. biodrowéj za pomocą szwu Lembert-Czernego, lub za pomocą pierścienia kauczukowego.

---

[1]) Zaczerpnięte z Maydla: *Ueber den gegenwärtigen Stand der Darm-Chirurgie.* 1888. str. 391. — [2]) *Annals of Surgery.* T. VII. str. 269.

Drugi sposób Senna t. z. *ileo-colostomy by lateral apposition*: przecina się k. biodrową, wpochwia i zaszywa się oba jéj końce, poczem w odśrodkowym z nich i w *colon adsc.* robi się cięcia podłużne jednakowéj długości a brzegi ich spaja albo szwem Lembert-Czernego, albo za pomocą t. z. przedziurawionych tarczek z odwapnionéj kości.

Najpospieszniejszy i najłatwiejszy sposób spojenia jest anastomoza kiszek wedle Maisonneuvea, która znalazła szerokie zastosowanie w raku odźwiernika pod postacią Wölflerowskiéj *gastroenterostomii.* W zastosowaniu do nowotworów i innych zwężeń k. ślepéj, niedających się usunąć radykalnie, wykonana przez Billrotha, Hackera, Wahla z pomyślnym rezultatem, zasługuje na bliższy rozbiór przynajmniéj niektórych punktów. Już współcześni Maisonnevea zarzucali jego metodzie, iż w wyłączonym odcinku jelita przyjść może do nagromadzenia się kału, nie wyklucza się w nim bowiem zarówno jak w sposobie Hakena, możliwości przedostania się części zawartości kiszkowéj przez zwężone miejsce. Co większa, opierając się na analogii z odbytem sztucznym powstałym po przepuklinach zgorzelinowych, przypuszczał Haken możliwość powolnéj restauracyi dawnego koryta w razach, gdy przyczyną zwężenia, lub zamknięcia światła kiszki były owrzodzenia błony śluzowéj; dlatego to umieszczał oba końce nadciętéj kiszki biodrowéj równoległe do siebie i wszywał je w *colon*, aby upodobnić ich stosunek do sytuacyi kiszki w sztucznéj rzyci; anastomoza więc miała tylko na celu czasowo odprowadzić zawartość kiszkową inną drogą, omijając przeszkodę. Nie ulega wątpliwości, iż sprawa reparacyjna w wielu razach po zagojeniu się owrzodzeń w jelicie, zwolna prowadzi do zupełnéj restytucyi *ad integrum* i do przywrócenia prawidłowego światła kiszki; wątpić jednak się godzi, czy w przypadkach, w których objawy wzmogły się do stopnia, że aż były wskazaniem do wykonania anastomozy, możliwym jest powrót do normy. Tem bardziéj zatem niepożądanem jest zapływanie zawartości kiszkowéj do wyłączonego odcinka w przypadkach nowotworów, gdzie zatrzymując się i gnijąc, wywołałyby szybszy rozpad tkanki

nowotworowéj, lub rozszerzanie się wrzodów i wytwarzanie przetok przy owrzodzeniach gruźliczych.

Dla tych względów odpowiedniejszemi ku temu celowi są oba sposoby Senna, w których przez przecięcie k. biodrowéj i zaszycie końca obwodowego bezwarunkowo powstrzymuje się dopływ treści do miejsca zwężenia. Na podstawie licznych doświadczeń Senn twierdzi, że nie przychodzi do nagromadzenia się kału rownież i w części *coli adsc.* między miejscem spojenia kiszek a zwężeniem; owszem, wykluczony odcinek (na zwierzętach przynajmniéj) ulega zanikowi. Nowy otwór łączący kiszkę biodrową z okrężnicą znajdował Senn zawsze dostatecznie wielkim, rozmiarami równającym się światłu kiszki cienkiéj, przez co upada zarzut Malgaignea, jakoby po anastomozie przychodzić miało do ponownego zwężenia kiszki, skutkiem skurczenia się nowo utworzonego otworu. Nakoniec otwór ten otoczony bywał w doświadczeniach Senna wydatną marszczką błony śluzowéj, przypominającéj zastawkę biodrowokątniczą. Przyszłe spostrzeżenia kliniczne okażą, czy i o ile te wyniki będą stałemi u ludzi; czy rzeczywiście nie przyjdzie do zwężenia otworu komunikacyjnego po dłuższym czasie, niż to było w doświadczeniach Senna. Już Reichel w swoich doświadczeniach zauważył, iż wprawdzie nie dochodzi do zastoju kału i do rozszerzenia w ślepym odcinku kiszki między otworem komunikacyjnym a miejscem zamknięcia, lecz zdarza się widzieć zwężenie i zatkanie tego otworu przez twardsze niestrawione cząstki kału przywierające do jego brzegu, i że nawet możliwe jest zarośnięcie otworu anastomotycznego.

Przypuściwszy nawet, że nigdy nie dochodzi do zastoju i nagromadzenia się zawartości kiszkowéj w wykluczonéj kątnicy, bynajmniéj nie można być spokojnym o dalsze jej losy. Najprzód nie wyłączonem zostaje przedostawanie się do niéj gazów z przewodu kiszkowego; następnie zbiera się wydzielina błony śluzowéj; a wreszcie, co najważniejsza, wytwarzają się produkty ropienia i rozpadu owrzodzeń nowotworowych i gruźliczych, lub ich przetok, nieraz głębokich, łączących się z ropnemi zbiornikami kiszkowemi. Teoretycz-

nie przypuszcza się, iż te wydzieliny mają swobodny i zapewniony odpływ do ogólnego strumienia zawartości kiszkowéj. Bezwarunkowo atoli uważamy za bezpieczniejsze zapewnić im możliwą drogę odpływu w inny jeszcze sposób, a mianowicie:

a) przez wszycie obwodowego końca przeciętéj k. biodrowéj w ranę brzuszną, jak to radzi Maydl.

b) Bardzo szczęśliwą jest myśl Salzera [1]), który proponuje zupełnie odłączać chorobowo zmienione *coecum* przez przecięcie zarówno k. biodrowéj (doprowadzającéj), jak i okrężnicy wstępującéj, resp. poprzecznicy (odprowadzającéj), poczem odśrodkowy koniec *ilei* łączy anastomozą z końcem obwodowym k. grubéj, obwodowy koniec k. biodrowéj zaszywa, a odśrodkowy k. grubéj wszywa w ranę brzuszną, tworząc przetokę przez którą zapewnia się odpływ wydzieliny z wykluczonéj kątnicy, a zarazem zostawia się furtkę dla terapii miejscowéj. Za pomocą doświadczeń na zwierzętach przekonał się Salzer, że proste całkowite wykluczenie kiszki z zupełnem zamknięciem obu końców wykluczonego odcinka jest sposobem niebezpiecznym, w zamkniętéj bowiem pętlicy, nawet po kilku tygodniach dobrego mienia się zwierzęcia następuje pogorszenie, wiodące nieraz do szybkie śmierci z powodu zebrania się wydzieliny, owrzodzenia błony śluzowéj, wessania i zatrucia rozłożonym zamkniętym kałem. Sposób swój Salzer bardzo słusznie rozciąga na przypadki, w których istnieją liczne, a porozgałęziane przetoki kałowe, w modzelowato zmienionéj ścianie brzusznéj, w bliznowato zwyrodnionym dole biodrowym, przy bliznowatych zwężeniach kiszki ślepéj; w tych przypadkach niebezpieczeństwo związane z resekcyją kiszki może być większe, niż doniosłość samego cierpienia, i dla tego sposob swój autor poleca na miejsce resekcyi i enterorafii.

c) Obok tych dwóch sposobów traktowania końców wykluczonego odcinka ośmielam się proponować jeszcze jeden,

---

[1]) *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir.* XX. Kongress. 1891.

polegający na wszyciu w ranę brzuszną obu końców wyłączonéj kątnicy, a zapewniający odpływ wydzieliny przez oba końce na zewnątrz. Sposób ten pozwala na dokładne przestrzykiwanie wykluczonego odcinka, a tem samem na dokładne oczyszczenie kanału przy rakowatem zwężeniu i na działanie środków miejcowo działających przy gruźlicy kiszki ślepéj.

B) A n a s t o m o z a p o d o k o n a n é j r e s e k c y i k i s z k i ś l e p é j ma znaczenie jedynie w przypadkach, gdzie nie można dokonać enterorafii. Nicoladoni[1]) wystąpił z dwiema propozycyjami plastyki kiszkowéj, mającemi zastąpić właściwą anastomozę; proponuje on albo wstawić między koniec kiszki grubéj i cienkiéj, na miejsce wyciętego odcinka odpowiednią pętlicę jelita cienkiego, albo też, wybrawszy swobodnie ruchomą pętlicę kiszki cienkiéj, radzi ją rozciąć w poprzek, poczem obwodowy jej koniec przyszywa do *colon ascendens* resp. *transversum*, a drugi, zatem centralny koniec przyszyć do końca kiszki biodrowéj; w tym ostatnim razie zawartość kiszkowa przebywałaby pewną część kiszki biodrowéj w kierunku antyperystaltycznym. Przyszłość pokaże, o ile propozycyje Nicoladoniego są wykonalne w praktyce, tu zauważyć można jedynie, iż przy pierwszym sposobie oprócz resekcyi chory wytrzymać musi enterorafiję w trzech, przy wtórym w dwóch miejscach, co olbrzymio przedłuża operacyję. Do tego dodajmy traktowanie kreski również przeciętéj w pierwszym razie w dwóch, w drugim w jednem miejscu. Z tego względu bez porównania odpowiedniejszą wydaje się jedna z modyfikacyj anastomozy, proponowanych przez Senna.

Bliższe szczegóły techniczne anastomozy kiszek znajdzie czytelnik w pracach Senna i Reichela, dla tego je tu pomijam. Chociaż sposoby pomyślane przez Senna pozwalają na znaczną oszczędność czasu przy wykonywaniu operacyi, zarówno jednak Reichel, jak i Salzer są zdania, iż szew chirurgiczny według Czernego lub Wölflera posiadają

---

[1]) *Wiener med. Presse* 1887 Nr. 50.

wyższość przy operacyjach na człowieku od tarczek kostnych i pierścieni kauczukowych Senna.

W doświadczeniach swoich autor ten, zauważył iż jeżeli przy anastomozie wykluczoną została cała kiszka gruba, tak że płynna zawartość kiszki cienkiéj dostaje się odrazu do kiszki prostéj, zwierzęta mają wypróżnienia płynne. W moich obu przypadkach enterorafii wycięcie kiszki ślepéj bynajmniéj nie wpłynęło na jakość wypróżnień, które i co do gęstości i co do częstości były najzupełniéj prawidłowemi.

Zanim zamknę niniejszą pracę chcę jeszcze zwrócić uwagę czytelnika na jednę propozycyję, któréj nie miałem sposobności zastosować przy raku kiszki ślepéj, lecz wypróbowałem przy nowotworze wtórnym powstałym z gruczołów chłonnych podotrzewnowych dołu biodrowego. W przypadkach raka kiszki ślepéj, gdzie guz zrośnięty jest ściśle ze skórą i z powięzią dołu biodrowego, a zarazem przyrosły do otrzewnéj w kierunku ku *spina ant. sup.* i do więzu Pouparta, jeżeli wycięcie wydałoby się za trudnem i za niebezpiecznem, stan jednak ogólny na tyle dobry, że czyniłby to pożądanem, proponuję w y k l u c z e n i e n o w o t w o r u *in toto* z j a m y b r z u s z n é j w sposób następujący: Cięciem łukowatem zwróconem wypukłością do więzu Pouparta, poprowadzonem ponad środkiem guza, rozdziela się skórę i mięśniowe warstwy, a nawet otrzewną, o ile nie są zwyrodnione; po otwarciu jamy otrzewnéj przecina się kiszkę biodrową i jej kreskę oraz okrężnicę w należytéj odległości od nowotworu, a wtedy końce kiszki łączące się z guzem wyprowadza się na zewnątrz, pozostałe końce t. j. odśrodkowy k. biodrowéj i obwodowy grubéj łączy się za pomocą enterorafii, lub jeżeli nie można, za pomocą anastomozy i wpuszcza do jamy brzusznéj, którą zamyka się przez wtłoczenie ściany czyli wargi górnéj rany brzusznéj aż do podstawy guza, gdzie się ją przyszywa do otrzewnéj dołu biodrowogo. W ten sposób wyklucza się guz wraz z końcami kiszki z jamy brzusznéj, wytamponywa się ranę gazą jodoformową lub co lepiéj wyjałowioną i czeka przez dwa tygodnie aż do

mocnego przyrośnięcia ściany brzusznéj w nowo nadanem położeniu, poczem, gdy chory się poprawi, można przystąpić w jakiś czas do drugiej operacyi, już na zewnątrz jamy otrzewnéj, do ekstyrpacyi nowotworu z jego łożyska.

Niektóre z myśli poruszonych w niniejszéj pracy, jako też inne, które nie były uwzględnione, dadzą się streścić w następujących punktach:

1° Rak kiszki ślepéj nierzadko jest cierpieniem bardzo przewlekłem, istniejącem całe lata nie zdradzającem się niczem innem, prócz lekkiego zaparciai obecności guza. Operacyja w tym okresie jest najwdzięczniejszą i cierpienie powinno być przez lekarzy wewnętrznych troskliwie uwzględniane.

2° Resekcyja i natychmiastowa enterorafija stanowią idealną operacyję, do któréj dążyć się powinno w każdym przypadku nowotworu lub zapalnego guza kiszki ślepéj.

3° Jeśli chory dostaje się operatorowi w okresie zamknięcia kiszki z objawami *ileus*, bezwarunkowo trzymać się należy zdania Bauma, Maydla i innych, i nie przystępować ani do resekcyi, ani do anastomozy, a poprzestać na zrobieniu *anus praeternaturalis* na kiszcze biodrowéj, jak najbliżéj zastawki Bauhina. Wykroczenie przeciw téj zasadzie może przyprawić chorego o śmierć skutkiem fatalnego zbiegu niepomyślnych okoliczności, długiegu trwania operacyi, wylania się zawartości kałowéj do jamy otrzewnéj, jak to miało miejsce w jednym przypadku u 30-kilkoletniego wybornie odżywionego chorego, u którego nie umiano się zdecydować w porę na resekcyję ograniczonego, bardzo ruchomego guza, póty, aż przyszły objawy *ileus*; przedsięwzięta wtedy w fatalnych warunkach operacyja, zakończyła się śmiercią, skutkiem wylania się kału z kiszki i krwotoku po spełznięciu kleszczyków z kreski. Przypadek ten nie został ogłoszony drukiem; podobnie niepomyślne warunki były powodem śmierci w przypadku Sacrégo. Skoro chory przyjdzie do siebie po operacyi sztucznéj rzyci można przystąpić do resekcyi i zeszycia, lub do anastomozy wedle propozycyi Salzera.

4° Rzyć sztuczną, z wyjątkiem przypadków ostrego zamknięcia należy całkowicie porzucić po wycięciu kiszki ślepéj, a jéj miejsce zastąpić winna w każdym przypadku doraźna enterorafija, lub gdzie ta jest niemożliwą, anastomoza kiszek.

5° Gdzie resekcyja guza okazuje się albo niepodobną do wykonania, albo choć technicznie możliwą, ale za ciężką przez wzgląd na stan ogólny chorego, należy przedsiębrać anastomozę kiszkową wedle metody Senna lub Salzera.

6° Gdzie nie ma rozpowszechnienia i rozsiania raka, który o ile przypuścić można jest jeszcze cierpieniem miejscowem ograniczonem, lecz resekcyja i enterorafija, lub enteroanastomoza na jednem posiedzeniu wydają się za ciężką, można przełożyć kolej tych operacyj i dokonać najprzód samego zeszycia lub połączenia, a guz sam wykluczyć z jamy brzusznéj i ekstyrpować go po zupełnem poprawieniu się stanu chorego

7° W pomyślnych przypadkach, po resekcyi rakowatéj kiszki ślepéj i enterorafii doraźnéj, można osiągnąć zadziwiająco dobre wyniki co do stanu ogólnego, oraz sprawności kanału kiszkowego, utrzymujące się całe lata.

Warszawa, Wrzesień, 1891.

VERITAS